A lire de

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ET AU DIAGNOSTIC
DES FORMES FRUSTES
DE LA
MALADIE DE BASEDOW

6.

PAR

M. le Dr Pierre MARIE

Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Membre de la Société anatomique et de la Société clinique

PARIS

Aux Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
LIBRAIRES-ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1883

A. Maude

Westbourne

April 23. 91

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU DIAGNOSTIC DES FORMES FRUSTES

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ET AU DIAGNOSTIC
DES FORMES FRUSTES
DE LA
MALADIE DE BASEDOW

PAR

M. le Dr Pierre MARIE

Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Membre de la Société anatomique et de la Société clinique

PARIS

Aux Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL
6, rue des Écoles

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
LIBRAIRES-ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1883

INTRODUCTION

Le but que nous nous sommes proposé dans ce travail n'est pas de faire l'histoire complète de la maladie de Basedow, ni de revenir une fois de plus sur l'étude des principaux symptômes qui la constituent ; ces symptômes ont été souvent observés et décrits et nous n'aurions, pour le moment du moins, rien à ajouter au tableau qu'on en a fait. Mais il est dans la maladie de Basedow un certain nombre d'autres symptômes qui ont été passés sous silence par beaucoup d'observateurs ou, tout au moins, considérés par eux comme purement accessoires et qui nous ont semblé, bien au contraire, être étroitement liés à cette affection, en faire partie inhérente et suffire à la constituer quand les caractères dits spéciaux, goître, exophthalmie, viennent à manquer.

Au premier rang de ces symptômes se trouve un tremblement d'un caractère particulier, dont nous présenterons ici l'étude avec quelques détails, à cause de l'importance diagnostique que nous lui attribuons.

L'idée première de ce travail appartient tout entière à notre maître, M. le professeur Charcot. Nous le prions de recevoir nos remercîments pour la bienveillance avec laquelle il a facilité notre tâche, en nous aidant de ses conseils et en mettant à notre disposition sa bibliothèque et ses nombreux malades.

CHAPITRE I

Tremblement

Le tremblement est, nous chercherons à l'établir, un des symptômes les plus constants de la maladie de Basedow, et comme tel on comprend qu'on doive le trouver signalé dans un certain nombre d'observations; mais l'attention n'ayant pas jusqu'ici été appelée sur son existence, on ne peut s'étonner que, dans la majorité de cas, il ait complètement passé inaperçu, d'autant plus que, comme nous le verrons plus loin, son intensité est des plus variables, et que c'est un symptôme qui demande souvent à être recherché. Aussi, n'a-t-il frappé les observateurs et n'a-t-il même alors été jugé digne d'être mentionné que lorsqu'il existait à un degré très prononcé. Ces remarques étant présentées une fois pour toutes, nous allons passer rapidement en revue les mentions qu'ont faites du symptôme qui nous occupe un certain nombre d'observateurs. Nous n'avons pas la prétention de présenter un relevé complet de tous les cas où il est parlé de tremblement: la maladie de Basedow est trop fréquente et sa bibliographie trop étendue; mais, quelque incomplètes qu'aient été forcément nos recherches, nous sommes parvenu cependant à réunir ici un certain nombre de ces cas.

Par une coïncidence singulière, parmi les observations que nous avons compulsées, la première où nous ayons

trouvé signalé le tremblement dans la maladie de Basedow est du même auteur qui, en 1856, apportait à la *Société de Biologie* le premier cas observé en France de cette maladie, et pressentait déjà à cette époque l'existence des formes frustes de cette affection (1). C'est en 1862 que M. Charcot publia, dans la *Gazette Hebdomadaire*, l'observation à laquelle nous faisons allusion, et que nous reproduisons ici.

Nouveau cas de maladie de Basedow. — Heureuse influence d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie; par M. le Dr J. M. Charcot. (*Gaz. hebd.* 1862, p. 563.)

Madame X..., de St-A. (Dordogne) a été dans son enfance habituellement bien portante; elle était petite, délicate, mais assez bien prise dans sa taille, et colorée; elle a été réglée à l'âge de 12 ans. A l'âge de 15 ans, elle contracta la coqueluche; à la suite de cette affection survint une croissance rapide, et la constitution éprouva un ébranlement profond. Le buste perdit de sa régularité, et il se produisit une légère déviation de l'épaule droite; en même temps se prononçaient tous les caractères d'un tempérament nerveux très accusé. Quelque temps avant son mariage, madame X... était devenue très pâle, anémique; grande de taille et grêle, elle se tenait habituellement penchée en avant; elle était d'une impressionnabilité très grande, ses mouvements avaient de l'*incertitude*, et il se produisait même assez souvent un léger *tremblement* des mains. C'est au milieu de ces circonstances défavorables que madame X... se maria en septembre 1860, elle était alors âgée de 18 ans.

La mère de madame X..., est très lymphatique, sujette aux flueurs blanches; elle a été affectée d'ulcérations très persistantes du col utérin. Le père, à la fois nerveux et bilieux, est fort irascible et sujet aux entéralgies.

Les premiers symptômes de la cachexie exophthalmique se sont montrés quelques jours à peine après la célébration du

(1) Mémoire de la Société de Biologie. 1856. P. 54.

mariage, c'est-à-dire vers le commencement d'octobre 1860. Ce fut la tumeur thyroïdienne qui appela tout d'abord l'attention ; elle était marquée surtout au côté droit du cou. Quelques semaines après se prononçait l'exophthalmie double. La santé subissait en même temps un dérangement très notable. Les moindres mouvements provoquaient des essoufflements, des palpitations violentes ; un peu plus tard il survint une faiblesse, un amaigrissement extrêmes ; le *tremblement, qui autrefois n'existait qu'aux mains, et ne se montrait qu'à un faible degré, s'était peu à peu étendu à tout le corps, et était devenu assez intense pour rendre la marche incertaine et titubante.* Parfois, pour se lever de table ou pour faire quelques pas dans la chambre, madame X... était obligée de se faire soutenir par deux personnes. Plusieurs fois, pour avoir négligé cette précaution, il lui est arrivé de tomber, mais à la manière des gens ivres, lentement et sans se blesser. Les règles apparaissent très incomplètement à l'époque de leur retour habituel; elles ne reparaissent plus ensuite que deux mois après; enfin elles cessent complètement de se montrer, pour ne plus reparaître qu'à de longs intervalles, et tous les symptômes de la chlorose la plus profonde ne tardent pas à se manifester.

Au commencement de janvier 1861, époque à laquelle M. le Dr Durieu fut appelé pour la première fois, le goître et l'exophthalmie avaient fait des progrès énormes; le pouls toujours au-dessus de 100 donnait parfois 130 ou même 140 pulsations à la minute; l'amaigrissement, la faiblesse, étaient aussi prononcés que possible. Il y avait de l'inappétence, une soif ardente, de l'insomnie, en un mot la situation était des plus inquiétantes. Ce fut alors que, sur les instances de MM. Durieu et Dallidet, le voyage à Paris fut décidé.

5 *mars* 1861. Lors de l'examen que nous fîmes de madame X..., M. le professeur Trousseau et moi, nous notâmes principalement ce qui suit : exophthalmie double et extrêmement prononcée; les paupières ne peuvent se clore qu'imparfaitement. Il n'existe pas de troubles de la vision. La tumeur thyroïdienne est du volume d'une grosse orange; elle est formée en grande partie aux dépens du lobe droit de la glande thyroïde. Le pouls, examiné à plusieurs reprises, donne de 130 à 140 pulsations à la minute; il est petit, facilement dépressible, régulier. La percussion de la région précordiale permet de constater que le cœur

a son volume normal; de plus il n'existe aucun signe d'une affection des valvules mitrales ou sigmoïdes. Un souffle assez rude, et dont le maximum d'intensité siège au niveau de l'union de la troisième côte gauche avec le sternum, coïncide avec le premier bruit du cœur, qui présente en outre un timbre métallique très accusé. Battements carotidiens très énergiques, visibles à distance; souffle continu à double courant très intense, et frémissement très marqué sur les régions carotidiennes. Il existe une petite toux sèche, très fatigante, et un sentiment de dyspnée et d'anxiété marqués surtout la nuit. Cependant le murmure respiratoire se montre parfaitement normal dans toute l'étendue des deux poumons. Le foie et la rate ont leur volume habituel; inappétence, digestions laborieuses, amaigrissement extrême, anémie profonde. Il n'existe pas de bouffissure au visage, pas d'œdème des membres inférieurs; il n'y a point d'albumine dans les urines. La station verticale est pénible ; la marche prolongée au delà de quelques minutes presque impossible.

Il fut convenu que la malade ne séjournerait pas plus longtemps à Paris, et le traitement auquel nous nous arrêtâmes, M. le professeur Trousseau et moi, fut formulé ainsi qu'il suit : 1° la teinture éthérée de digitale sera administrée à la dose de 20 à 30 gouttes tous les jours pendant dix jours chaque mois; 2° les dix jours suivants, œthiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe à la dose de 60 à 90 centigrammes chaque jour; 3° tous les jours deux cuillerées à bouche de vin de quinquina; 4° tous les jours un bain de 15° centigrades de trois minutes de durée; 5° une vessie pleine d'eau glacée sera appliquée pendant une heure matin et soir sur la région du cœur et sur le goître. *Nous fondant en outre sur nos observations personnelles, nous laissâmes entrevoir que le développement d'une grossesse n'était pas à redouter dans les circonstances actuelles; qu'il était même désirable et aurait vraisemblablement pour effet d'aider puissamment à l'action des remèdes.*

Tous les détails qui vont suivre sont extraits des notes fort intéressantes et forts détaillées que M. Durieu a bien voulu me faire parvenir pendant le cours de la maladie de madame X...

Extrait d'une note datée du 23 avril 1861. — Le traitement prescrit a été commencé le 18 mars et suivi jusqu'ici sans interruption. Les bains froids et les applications froides ont été

bien supportés. Mais la digitale altère si fort les fonctions digestives qu'il a fallu descendre à moitié dose, et même à plusieurs reprises en suspendre l'emploi. Jusqu'à ce jour, il ne s'est produit aucun amendement. Loin de là, la malade paraît encore s'affaiblir; le pouls ne descend jamais au-dessous de 100 pulsations. Le *tremblement* des membres s'exagère. La malade est devenue très irritable; elle paraît en proie à un profond découragement. Toutes les nuits se déclare une *toux convulsive*, violente, très pénible, et qui menace la malade de suffocation. Le goître et l'exophthalmie sont aussi prononcés que lors du voyage à Paris.

Contre la toux convulsive, je conseillai de tenter l'administration simultanée de l'opium et de l'assa fœtida, maintenue pendant quelques jours. Nous convînmes, en outre, M. Durieu et moi, de persister dans la médication suivie jusqu'ici.

Note du 10 *novembre* 1861. Après quelques jours de l'administration de l'opium et de l'assa-fœtida, la toux suffocante s'est modérée, puis elle a disparu complètement.

Vers la fin du mois de mai, une légère amélioration commence à se manifester dans tous les symptômes, mais principalement dans l'état du pouls, qui descend quelquefois au-dessous de 100 pulsations à la minute.

A la fin de juillet, une nouvelle amélioration beaucoup plus prononcée que la première et « véritablement surprenante », se dessine et s'établit définitivement dans l'espace de quelques jours seulement. A partir de cette époque, le pouls ne s'élève plus au-dessus de 80; il donne souvent 75 et même 70 à la minute. L'appétit a reparu, les digestions sont faciles; la soif vive a cessé; le *tremblement des membres* et la démarche chancelante n'existent plus. L'embonpoint et les forces font tous les jours des progrès. La peau du visage, les ongles, les membranes muqueuses reprennent leur coloration normale. Le goître a complètement disparu à gauche; à droite, la tuméfaction thyroïdienne persiste, mais elle est réduite au quart du développement maximum qu'elle a présenté à un moment donné. Seule, l'exophthalmie paraît n'avoir subi aucune modification appréciable.

Dans le temps même où se produisait l'amélioration si remarquable et si décisive dont il vient d'être question (fin juillet) se manifestaient les premiers signes d'une grossesse.

Malgré l'existence de la grossesse, aujourd'hui parfaitement

constatée (10 novembre), et dont le début remonte actuellement à quatre mois, le traitement a été continué dans toute sa rigueur. L'emploi de la digitale seule a dû être définitivement suspendu.

Extrait d'une note datée du 16 *août* 1862. La grossesse est parvenue à son terme sans encombre, et pendant les cinq derniers mois de sa durée, l'amendement qui s'est prononcé à la fin du mois de juillet s'est maintenu. L'accouchement s'est fait le 21 avril dernier; le travail a duré 20 heures, dont six seulement de grandes douleurs. L'enfant, du sexe mâle, est peu volumineux, mais vivace. Les couches ont été heureuses, fièvre de lait modérée, écoulement lochial normal, rétablissement rapide. Depuis cette époque, la santé a continué à se raffermir. L'appétit est excellent ; l'embonpoint, les forces, ne laissaient rien à désirer. La menstruation reparaît et se régularise. Les symptômes d'excitation cardiaque ont depuis longtemps complètement disparu. Depuis plus de deux mois, le pouls radial n'a jamais donné plus de 65, 70 pulsations par minute. L'exophthalmie persiste, mais elle est moins prononcée qu'elle ne l'était avant la grossesse. Le goître persiste encore à un certain degré, et subit dans son volume des fluctuations remarquables. Par moments, il disparaît à peu près complètement, surtout à gauche; puis, sans cause connue, la tuméfaction se montre de nouveau, pour s'effacer encore au bout de quelques jours. A droite, même dans les circonstances les plus favorables, la tuméfaction thyroïdienne ne diminue jamais autant que cela a lieu à gauche.

Puis nous trouvons encore le tremblement mentionné dans l'observation de Rœhrig (*Arch. f. Heilkunde* 1863). Dans la leçon que consacra Trousseau (1) à la maladie de Basedow : « *En* 1856, *au mois d'août, elle marie sa fille; elle avait toujours conservé une grande susceptibilité nerveuse, aussi ne put-elle signer au contrat, tant était grande l'agitation de sa main* ». Morell Mackenzie en relate aussi un cas (voir *loc. cit.*). M. Féréol en présente, en 1874, un remarquable exemple

(1) Cliniques de Trousseau. 5e édition, p. 571

à la Société médicale des hôpitaux (voir obs. XVI), et fournit ainsi à M. Delasiauve l'occasion de lire devant cette Société l'observation d'une malade atteinte de goître exophthalmique et présentant, elle aussi, du tremblement (voir obs. XVII). — Dans une thèse sur les manifestations cutanées qui peuvent accompagner la maladie de Basedow, N. Raynaud (1) rapporte aussi un cas analogue. Nous en trouvons deux autres dans un travail de Chvostek sur le goître exophthalmique (voir obs. XVIII et XIX). M. le professeur Teissier (2), de Lyon, disait en 1876 au Congrès de Clermont : « *Avoir vu coexister avec le goître exophthalmique l'hémiplégie nerveuse, la disposition à la manie et à l'aliénation mentale, le tremblement, etc...* ».

Rey (3), dans sa thèse, rapporte l'observation d'une malade « qui avait un tremblement continuel des mains et de la tête ». — Dans l'observation VIII du travail de Russell (4), nous voyons « *que la malade était atteinte d'un tremblement général augmentant dans la station debout et empêchant de compter le pouls à la radiale.* » — Dans l'observation de Douglas (New-York, *med. journ.* 1879), la malade remarque « *que ses doigts tremblaient constamment à moins qu'ils ne fussent appuyés; pas de secousses, mais un tremblement continuel qui augmenta graduellement et constamment; bientôt elle remarqua aussi que ses pieds tremblaient* ». — Nous trouvons encore dans un cas de

---

(1) Noël Raynaud. — Thèse de Paris, 1875.

(2) Teissier. — *Congrès pour l'av. des sc.*, 1876.

(3) Rey. — *De la cachexie exophthalmique dans ses rapports avec les affections utérines.* Th. Paris, 1877.

(4) James Russell. — *Clinical Illustrations of Grave's Disease* (*Med. Times and Gaz.* 1876, p. 250).

Whynne Foot (1) la mention suivante : « *Le système musculaire de la malade était envahi par un tremblement constant, elle ne cessait de trembler, on ne pouvait compter son pouls à la radiale, à cause de l'agitation des muscles du bras* ». — Enfin, dans une clinique récente du professeur Nothnagel (2), nous lisons ceci : « *La malade dit qu'elle ne sent jamais l'envie de dormir, et qu'à la moindre occasion elle tremble légèrement* » ; de plus, en parlant des malades atteints de maladie de Basedow, Nothnagel ajoute : « *Ordinairement ces malades sont très excitables, très impressionnables, souffrent de maux de tête et d'un tremblement prononcé* » ; un peu plus loin, il ajoute : « *Comme manifestation du côté du système nerveux central, on trouve fréquemment aussi du tremblement* ». — Dans une observation récente de M. le professeur Panas, *la malade était atteinte d'un tremblement général continuel.*

Ajoutons à ces faits empruntés aux médecins français, anglais et allemands, que, dans les notes que M. le professeur Charcot a bien voulu mettre à notre disposition, nous avons encore trouvé trois cas de goître exophthalmique accompagné de tremblement et que nous-même, chez les quinze malades observés à la Salpêtrière, nous avons toujours constaté ce symptôme; nous nous trouvons donc en présence de trente-trois cas de goître exophthalmique, soit type, soit fruste, dans lesquels le tremblement a été noté. C'est là déjà un résultat qui permet de considérer ce symptôme comme assez fréquent, nous croyons qu'on peut aller plus loin et dire

---

(1) Whynne Foot.—*Dublin Journal of medical Science.* Nov. 1880, p. 452.

(2) Nothnagel. — *Wiener Allgemeine Zeitung* 1882, p. 501.

que le *tremblement est à peu près constant dans la maladie de Basedow* et que même, si dans le moment où on examine le malade, on ne le constate pas nettement, les renseignements que l'on recueillera prouveront du moins que ce tremblement a existé à une certaine époque de l'affection, qu'il se reproduit dans certaines circonstances, et peut même être provoqué dans certaines positions, ainsi que cela a été observé dans l'observation suivante :

Observation I (1).

La nommée N..., âgée de 18 ans, blanchisseuse, entrée le 10 janvier 1883, salle Saint-Jean, lit n° 14, service de M. Bucquoy.

Antécédents de famille. La mère de la malade n'a jamais fait de maladie, elle jouit d'une très bonne santé. Son père est très probablement épileptique, il a, paraît-il, de fréquentes attaques convulsives, suivies de perte de connaissance. Elle a un frère rhumatisant, qui a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire et qui est sujet à des palpitations.

Antécédents de la malade. La malade a commencé à avoir des palpitations à l'âge de 7 ans, elle a été réglée à 12 ans 1/2, elle dit être nerveuse et avoir de fréquentes attaques de nerfs à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété.

Jusque-là bien portante, et gênée seulement par ses battements de cœur ; c'est au mois de juillet que son entourage et elle-même ont commencé à s'apercevoir que ses yeux prenaient un caractère particulier, qu'ils faisaient saillie en dehors de l'orbite. A peu près à la même époque, son cœur est devenu volumineux. Depuis, les deux phénomènes n'ont fait que s'accentuer.

---

(1) Cette observation provient d'une malade du service de M. Bucquoy ; nous remercions notre collègue et ami, M. Richardière, interne du service, d'avoir bien voulu nous la communiquer.

Etat actuel. La malade présente cet état particulier aux individus atteints de la maladie de Graves. Sa physionomie frappe par la saillie des yeux. Les yeux sont en effet très saillants en dehors de l'orbite et leur saillie est assez prononcée pour qu'ils ne puissent être recouverts par les paupières pendant le sommeil ; elle est d'ailleurs sujette à des alternatives d'augmentation et de diminution. Le cou est très large et sa grosseur est due à l'hypertrophie du corps thyroïde, plus prononcée du côté droit que du gauche. La glande thyroïde de même que les yeux est sujette à des variations de volume. Enfin la poitrine est soulevée par les battements du cœur, qui sont forts et fréquents. Les vaisseaux du cou sont animés de pulsations.

L'aspect général est celui d'une malade atteinte d'anémie prononcée ; pas d'émaciation.

La malade se plaint surtout de ses battements de cœur, parfois assez forts pour l'empêcher de dormir. Elle est en outre incommodée par une *sensation de chaleur continuelle*, le matin au réveil, son corps est baigné de *sueurs*. Notons que la température prise régulièrement n'a jamais dépassé 37°,6.

Les grandes fonctions ne sont pas troublées. La malade a très bon appétit, elle a même de la boulimie, par accès; pendant ces accès, qui durent 2, 3, 4 jours, elle mange énormément ; elle est parfois sujette à des vomissements, à de la diarrhée.

Depuis 2 mois 1/2, elle n'a pas eu ses règles. Légère hémoptysie il y a 15 jours. Il y a quelques mois, éruption d'urticaire à 3 reprises. Sur le front, quelques tumeurs de molluscum.

Troubles nerveux. Attaques de nerfs fréquentes. Pas d'anesthésie. Hyperesthésie ovarienne droite.

Pas de tremblements musculaires spontanés. La malade nous raconte cependant d'elle-même qu'elle est prise de tremblement des mains quand, voulant se presser de faire un ouvrage quelconque, elle saisit un objet (son fer à repasser par exemple).

Sa marche est assurée; mais quand on la fait asseoir et qu'on la prie de s'appuyer sur ses orteils en élevant le talon, ses muscles de la jambe présentent immédiatemeut une série d'oscillations et de tremblements.

Appareils cardio-vasculaires. Le cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le 7e espace, immédiatement sous la ligne mamelonnaire ; à la palpation, on constate un frémissement assez net à la pointe, encore plus marqué au niveau de l'orifice pulmonaire.

A la pointe, souffle diastolique qui va en s'accentuant à mesure
u'on se rapproche de l'orifice pulmonaire, où il devient extrê-
ement intense.

Les battements du cœur sont très énergiques et très fréquents
30, 140 par minute).

Dans les vaisseaux du cou, frémissement très intense, facile à
ercevoir; à la main et à l'auscultation, ce frémissement se per-
oit à la base du cœur et le long de l'aorte, en descendant.

Poumons. Rien de particulier, mais la malade est sujette à de
olents accès de toux; elle a eu au mois dernier une légère
émoptysie qui ne s'est pas répétée, elle n'a d'ailleurs pas le
oindre signe physique de tuberculose.

Urines. Normales en qualité et en quantité. Les réflexes
ndineux sont normaux.

Si maintenant nous passons à l'étude du tremblement
ui-même, à la description de ses principaux caractères,
ous devons déclarer tout d'abord que si, d'une part, il
xiste d'une façon à peu près constante, d'autre part
on intensité est des plus variables; tantôt il est telle-
ient développé, tellement prédominant sur les autres
ymptômes que c'est lui seul qui attire l'attention du
ialade; c'est ainsi que la malade qui fait l'objet de l'ob-
ervation III, Mme W..., vint consulter M. Charcot uni-
uement pour son tremblement et cependant les autres
ymptômes de la maladie de Basedow, goître, exoph-
ialmie, tachycardie, étaient à cette époque parfaitement
econnaissables. Tantôt le tremblement est beaucoup
ioins prononcé, il ne se révèle pas de lui-même à
examen du médecin, il faut que celui-ci le recherche
n mettant le malade dans les conditions où ce tremble-
ient est le plus facilement observé. — Dans certains
as enfin (observ. I), il peut arriver qu'au moment où on
xamine la malade on ne constate pas le tremblement,
nais si on s'informe de l'existence de ce symptôme on

apprend qu'il a existé pendant un certain temps, qu'il se reproduit même dans certaines circonstances (action de coudre, de prendre un fer à repasser, dans les mouvements précipités, etc...).

Quoi qu'il en soit, nous allons examiner quels sont les caractères de ce tremblement, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique (méthode graphique). Dans les cas où le tremblement est bien accentué, il semble que le malade se trouve dans un état de vibration perpétuelle; qu'il soit debout ou assis, tout son corps est agité d'une « trémulation » continuelle et c'est là un caractère qui n'a pas échappé à un certain nombre d'observateurs. C'est ainsi que M. Féréol dit, en parlant du malade qu'il présenta à la Société des Hôpitaux : « *Il y a dû tremblement général, très marqué dans le repos, et s'exagérant légèrement dans les mouvements.* » De même, M. Delasiauve dit dans son observation : « *La physionomie est égarée, anxieuse, trémulante, tout le corps participe à ce petit tremblement.* » Et Whynne Foot note lui aussi « *que le système musculaire de sa malade était envahi par un tremblement constant, qu'elle était toujours* IN A TREMBLE. »

Il est facile de se rendre compte de cette trémulation générale lorsque le malade est debout; il suffit pour cela de poser les deux mains sur ses épaules et l'on perçoit alors facilement les oscillations rapides dont tout le corps est animé ; elles semblent dans cette position se faire surtout suivant la direction verticale. — Dans les cas où ces oscillations ne sont pas aussi accusées, on peut assez souvent parvenir à les constater en visant attentivement un point fixe situé sur le prolongement d'une ligne passant par le sommet de la tête du malade ; on voit alors celle-ci se déplacer au-dessus et au-dessous de cette ligne imaginaire. De plus, lorsqu'on fait déshabiller le

malade, on constate que tous ou presque tous les muscles des extrémités et du tronc (pectoral, grand-dorsal, dentelés, etc.....) sont animés de *mouvements fibrillaires* souvent très prononcés, et que toute la surface du corps est ainsi le siège d'une sorte de palpitation générale d'un caractère des plus singuliers. C'est là un fait qui n'avait pas non plus échappé à M. Féréol, car il note dans son observation : « On constate aussi du tremblement fibrillaire dans les muscles des quatre membres, mais point à la figure ni dans la langue. »

Ajoutons cependant que, dans d'autres cas assez nombreux, on n'observe ni cette trémulation de tout le corps, ni ces mouvements fibrillaires et que le tremblement est localisé aux seules extrémités. — Etudions-le d'abord aux membres supérieurs. Tantôt, pour le voir, il suffit de jeter les yeux sur les mains, qui, même à l'état de repos et appuyées sur les genoux, sont agitées de petits mouvements incessants ; tantôt il est nécessaire d'enjoindre au malade de tenir le bras étendu. On constate alors que le membre tout entier est animé de petites oscillations rapides dont l'amplitude varie suivant les sujets, et qui sont surtout perceptibles à l'extrémité du membre non seulement parce que c'est là le point le plus éloigné de l'axe du mouvement, mais encore parce que c'est là le point de summation des secousses musculaires qui constituent le tremblement ; les doigts participent aux oscillations du membre, mais il ne semble pas qu'ils soient animés de mouvements propres, du moins d'une façon accentuée ; ils sont entraînés dans les mouvements de totalité de la main ; ces oscillations se passent surtout dans le sens flexion et extension de la main et ne paraissent exister que d'une façon plus limitée dans le sens adduction-abduction, ainsi que dans le sens supination-pronation, ce qui tient peut-être à ce que l'articulation

du poignet (celle dans laquelle se produit le maximum du mouvement), est beaucoup mieux disposée pour le mouvement de flexion-extension que pour aucun autre, et que les muscles qui produisent ce mouvement sont les plus nombreux et les plus puissants; en résumé, on peut dire que, dans les cas médiocrement prononcés, dans ceux où le tremblement est surtout localisé au dernier segment du membre supérieur, il revêt assez bien l'apparence du phénomène connu sous le nom de *tremblement alcoolique*, c'est du reste la comparaison que fait Noël Raynaud dans sa thèse : « Les mains de la malade sont agitées d'un tremblement analogue à celui de l'alcoolisme. » Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette analogie.

Du côté des membres inférieurs, le tremblement est aussi très facilement appréciable; dans la majorité des cas, il suffit de faire étendre les pieds au malade, et, lors même qu'ils portent encore sur le sol, on peut constater les mouvements dont ils sont animés. De plus, lorsque le malade est assis les jambes fléchies à angle droit sur les cuisses et reposant sur le sol seulement par la pointe du pied, on voit très souvent les membres inférieurs être pris de mouvements rhytmiques analogues à ceux destinés à faire marcher une pédale, et, par conséquent, présentant tout à fait l'aspect de l'épilepsie spinale ou *Fussphœnomen*, nous croyons que ces mouvements sont bien en effet de la même nature que ceux du *Fussphœnomen*, mais avec cette différence que, dans la maladie de Basedow, les réflexes tendineux des muscles de la jambe et du pied ne sont généralement pas exagérés. Quoi qu'il en soit, c'est là un mode spécial de favoriser le tremblement du membre inférieur que l'on peut mettre en usage lorsque celui-ci n'est pas spontanément constatable. Cet artifice nous a notamment réussi chez la malade qui fait

l'objet de l'observation I, chez laquelle le tremblement des membres supérieurs n'existait pas quand nous l'avons examinée, et qui, une fois placée sur une chaise dans la position indiquée, a présenté le sautillement du membre inférieur.

Ce tremblement des membres inférieurs peut devenir extrêmement intense, au point de gêner la marche. C'est ainsi que, dans son observation, M. Charcot, note que : « *le tremblement, qui autrefois n'existait qu'aux mains et ne se montrait qu'à un faible degré, s'était peu à peu étendu à tout le corps et était devenu assez intense pour rendre la marche incertaine et titubante. Parfois, pour se lever de table, ou pour faire quelques pas dans sa chambre, madame N... était obligée de se faire soutenir par deux personnes. Plusieurs fois, pour avoir négligé cette précaution, il lui est arrivé de tomber, mais à la manière des gens ivres, lentement et sans se blesser.* »

Il est vrai que, dans la maladie de Basedow, la marche peut être gênée non seulement par le tremblement, mais par de véritables paraplégies. C'est là d'ailleurs un sujet que mon ami le Dr Ballet, chef de clinique de la Faculté, traitera avec sa lucidité habituelle dans un travail qui paraîtra prochainement, sur les accidents nerveux dans le cours de la maladie de Basedow ; je suis heureux de saisir cette occasion pour le remercier de l'obligeance avec laquelle il m'a communiqué ses observations sur la maladie de Basedow.

Si, aux membres inférieurs, le tremblement peut aller jusqu'à amener des difficultés dans la marche, on comprend qu'aux membres supérieurs, dont les fonctions sont infiniment plus délicates, les troubles soient beaucoup plus prononcés et gênent bien davantage le malade. C'est ainsi que, dans certains cas (observations III et XIV),

l'écriture es altérée dans sa forme, ou même quelquefois n'est plus possible (cas de Trousseau); souvent aussi les malades sont dans l'impossibilité de coudre ; non seulement elles n'arrivent pas à faire les points comme elles le désirent, mais encore elles se piquent les doigts. Dans quelques cas enfin,les secousses des muscles de l'avant-bras sont si intenses qu'il devient absolument impossible au médecin de compter les pulsations à la radiale (observation de Russel).

Nous allons exposer maintenant les résultats auxquels nous sommes parvenu par l'emploi de la méthode graphique, et reproduire quelques-uns des tracés que nous avons obtenus.

Voici suivant quelle méthode nous avons procédé à l'examen des malades :

L'instrument dont nous avons surtout fait usage et qui nous a donné les meilleurs résultats est le tambour à réaction de notre éminent maître M. le professeur Marey. On sait en quoi consiste cet instrument: il diffère du tambour myographique ordinaire en ce que, au lieu du bouton explorateur en bois qui occupe le centre de celui-ci, il est muni d'une petite masse métallique pesante fixée à la membrane. Toutes les oscillations de cette masse métallique se communiquent à la membrane qu'elle soulève ou déprime, produisant ainsi dans l'intérieur du tambour des variations de pression, qui sont transmises par l'intermédiaire d'un tube à un second tambour muni d'un style inscripteur; le style de ce second tambour est appliqué sur un cylindre noirci mû par le régulateur de Foucault.

On comprend aisément que le tambour à réaction permette ainsi d'inscrire les oscillations du membre ou du segment de membre sur lequel on l'applique. Comme lieu d'application, nous avons toujours choisi la face

dorsale de la portion métacarpienne de la main droite, celle-ci étant dans la pronation; nous étions ainsi assez près de l'extrémité du membre pour avoir ses mouvements avec une certaine amplitude, et, tout en enregistrant toutes les oscillations de la main, nous n'étions pas gênés par les mouvements que le malade faisait quelquefois avec ses doigts sans y faire attention.

En outre, pour pouvoir toujours évaluer avec certitude le nombre d'oscillations produites dans un temps donné, nous avons dans tous nos tracés inscrit parallèlement au tremblement les vibrations d'un diapason de 10 VD, cette inscription était faite au moyen du signal de Deprez.

Ajoutons que, comme mouvement, nous avons toujours fait usage de l'axe lent du régulateur Foucault. En effet, quelque légèrement que le style inscripteur frotte sur le cylindre noirci, celui-ci tend à l'entraîner avec lui. Cela se produisait d'autant plus facilement sur l'axe rapide, que les mouvements déterminés par le tremblement de nos malades dans le tambour à réaction manquaient le plus souvent d'amplitude.

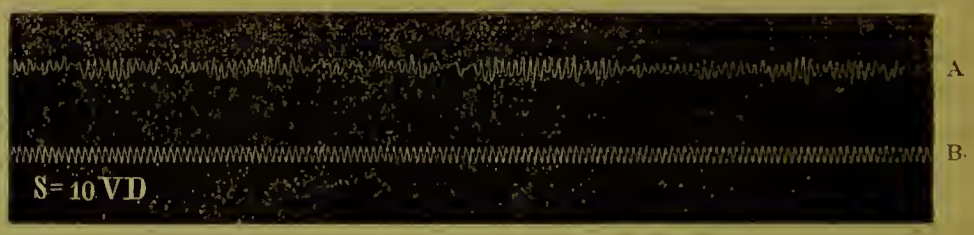
Nous avons aussi fait usage d'une poire en caoutchouc, que nous placions dans la main du malade en lui recommandant d'appuyer les doigts sur les parois de cette poire, mais en ayant soin de ne pas la comprimer. Nous verrons plus loin les résultats que nous a donnés ce mode d'exploration.

Enfin, au début de nos explorations, nous avons, à l'instar de notre excellent collègue et ami, le Dr Boudet (de Paris), essayé de nous servir de l'instrument de Rosapelly; mais cet instrument ne donnant que la fréquence des secousses de tremblement sans aucun renseignement sur leur amplitude, nous avons bientôt renoncé à en faire usage.

Chez quelques malades, nous avons aussi cherché à explorer directement les secousses sur les muscles eux-mêmes, mais nous n'avons, pour le moment du moins, rien de spécial à signaler sur ce point; c'est donc surtout des résultats obtenus à l'aide du tambour à réaction que nous nous occuperons dans les pages suivantes, tout en ayant soin de faire remarquer, dès l'abord, que cette méthode n'a pu nous donner que le *nombre* et *l'amplitude relative* des secousses du tremblement (nous avons fait usage des mêmes tambours dans toutes nos explorations), et cela seulement pour les secousses ayant lieu dans le sens vertical.

Nous donnons ici quelques-uns des tracés obtenus chez nos malades par cette méthode :

Le tracé I, obtenu sur la malade qui fait l'objet de l'observation VI, est celui dans lequel les oscillations ont présenté le plus d'amplitude (il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'amplitude relative, puisque cette



Tracé I. — A, tremblement. — B, chronographe.

amplitude peut varier suivant les tambours et le degré de sensibilité du style), et qui, par conséquent, nous semble le plus avantageux à reproduire, puisque les caractères du tremblement y apparaissent plus nettement.

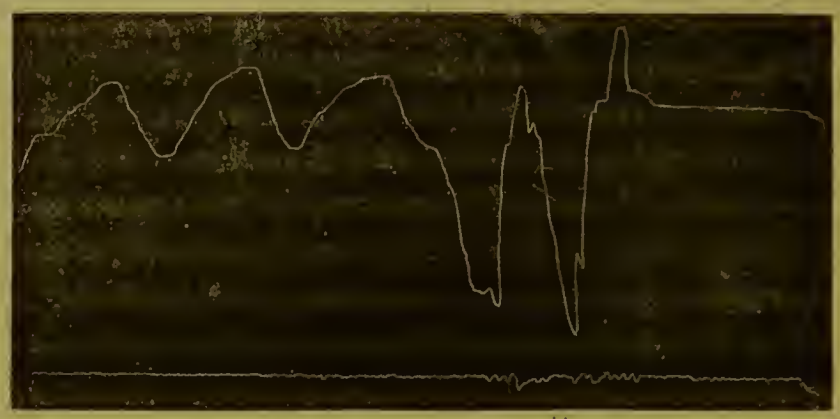
Il est une chose qui frappe tout d'abord dans ce tracé, c'est la régularité du *rhythme* ; les intervalles qui séparent chaque oscillation sont égaux les uns aux autres,

et donnent presque, à ce point de vue, la sensation du tracé fourni par un diapason, et, en supposant le mouvement du cylindre parfaitement uniforme, il semble que, du nombre d'oscillations observé dans une seconde, on puisse déduire celui qui aura lieu en plusieurs minutes ; nous n'oserions affirmer que la régularité du rhythme soit aussi parfaite, et nous avons cru quelquefois constater des différences dans le nombre des oscillations observées pendant un laps de temps un peu long ; mais ces différences étaient très légères, et la régularité du rhythme doit être admise sans conteste.

Si, dans le sens horizontal, notre tracé présente une uniformité complète, il n'en est pas de même dans le sens vertical ; en effet, l'amplitude des oscillations est extrêmement variable. Mais il est un fait à considérer : c'est que ces variations se font suivant un mode progressif ; on voit les oscillations croître peu à peu pour arriver au maximum, puis décroître de même pour parvenir au minimum, et recommencer à croître. La figure ainsi produite par une de ces séries d'oscillations est très nettement fusiforme, celles-ci ont déjà été décrites sous le nom de nœuds par M. Fernet, dans sa thèse. D'ailleurs, ces séries ne sont pas toujours constituées par une même quantité d'oscillations, elles ne se reproduisent pas régulièrement dans le même laps de temps en nombre égal, et nous n'avons pu, jusqu'à présent, leur trouver aucune explication satisfaisante, non plus qu'aucune corrélation bien déterminée entre elles et les actes de la circulation ou de la respiration ; cependant, un fait nous a frappé : c'est l'influence de la toux sur le tremblement.

Cette influence peut se constater très nettement dans le tracé 2, où l'on voit en A la toux se produire, en même temps que sur la ligne du tremblement les oscillations

augmentent d'amplitude, sans que leur rhythme varie sensiblement. Il est probable que cette influence de la toux est due surtout à l'ébranlement causé à la paroi thoracique par l'expiration saccadée, ébranlement qui augmente l'état d'instabilité des muscles de l'épaule et du bras qui prennent leurs insertions sur cette paroi. L'hypothèse nous semble rationnelle, quant au fait, il existe d'une façon très évidente.



Tracé II. — A, secousse de toux.

Après avoir signalé ce qui a trait à l'amplitude des oscillations et à la régularité de leur rhythme, nous devons nous occuper de leur fréquence ; cette fréquence, examinée dans 11 cas de maladie de Basedow type ou fruste, s'est montrée sensiblement la même dans tous ces cas, et on peut dire qu'*en moyenne il y a 8 et 1/2 oscillations par seconde;* dans plusieurs cas, on n'en trouve que 8; dans d'autres il y en a 9; dans un cas enfin, nous en avons compté 9 et 1/2.

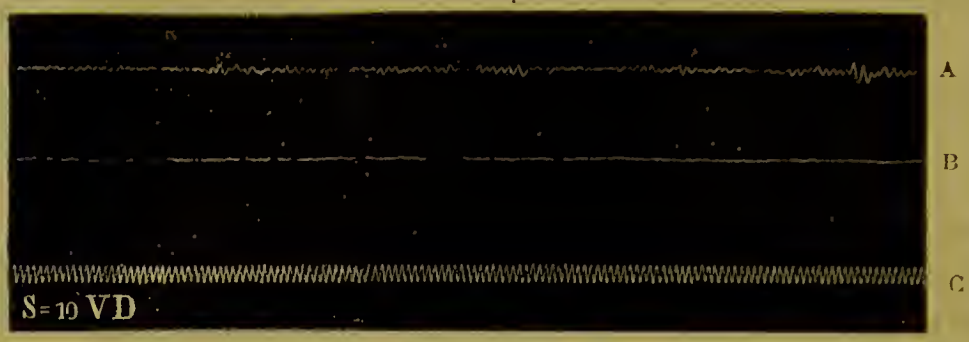
Tels sont les principaux résultats fournis par l'exploration à l'aide du tambour à réaction; nous verrons tout à l'heure qu'ils diffèrent essentiellement de ceux fournis par la poire en caoutchouc placée dans l'intérieur de la

main et qu'on peut utiliser cette divergence pour le diagnostic avec d'autres tremblements.

A ce propos, les leçons de M. le professeur Charcot sur le diagnostic différentiel des tremblements sont trop présentes à l'esprit de tous pour que nous nous hasardions à revenir sur ce sujet et à reprendre les principaux caractères des divers tremblements, en les opposant à ceux du tremblement que nous avons décrit dans ce travail; point n'est besoin d'ailleurs d'insister longuement pour démontrer qu'on ne peut le confondre ni avec celui de la sclérose en plaques, ni avec ceux du tremblement sénile, ou de la paralysie agitante; mais, en dehors des caractères spéciaux, si connus maintenant, qui différencient ces divers tremblements, qu'il nous soit permis d'en signaler un qui se trouve découler tout naturellement des recherches graphiques que nous avons exposées plus haut. Nous avons vu que, dans le tremblement de la maladie de Basedow, le nombre des oscillations est de 8 et 1/2 par seconde, il n'en est pas de même dans le tremblement sénile et dans la paralysie agitante. En effet, dans 7 cas de *tremblement sénile*, nous avons trouvé que la fréquence moyenne des oscillations était de 4 et 1/2 à 5 et 1/2 par seconde ; dans aucun cas elle ne s'élevait au-dessus de 6 par seconde. Quant à la *paralysie agitante*, nous n'avons eu l'occasion d'en prendre le tracé que dans un seul cas, et nous avons trouvé une fréquence de 5 oscillations par seconde. C'est là, il nous semble, une différence assez tranchée entre le tremblement de ces deux maladies et celui que nous étudions, et bien qu'il n'y ait aucune difficulté à établir le diagnostic entre ces affections et que, par conséquent, notre remarque n'ait à ce point de vue qu'une utilité médiocre, nous avons cru bon de la consigner ici.

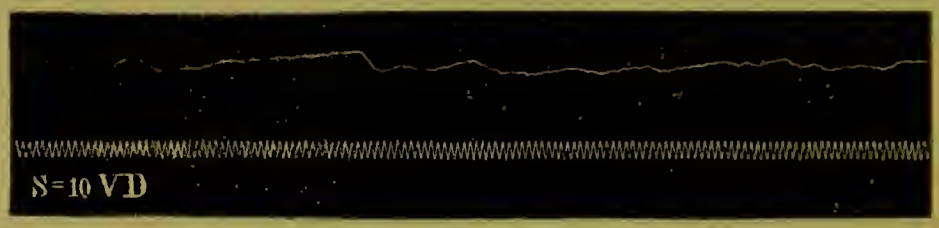
Dans la paralysie générale, au contraire, et dans l'al-

coolisme, le nombre des oscillations nous a paru assez sensiblement égal à celui du tremblement que nous étu-



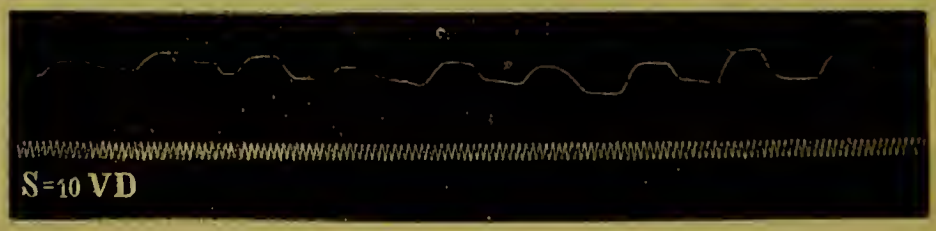
Tracé III. — A, tambour à réaction; B, poire; C, chronographe. Maladie de Basedow.

dions spécialement ici; mais nous avons constaté, au moyen de la poire appliquée dans la paume de la main,



Tracé IV. — Poire. Alcoolisme.

une différence assez notable; en effet, tandis que dans la maladie de Basedow on n'obtient avec cet instrument



Tracé V. — Tremblement sénile. Poire.

qu'une ligne peu tremblée et dont la direction générale peut être considérée comme rectiligne, bien au contraire, dans la paralysie générale et l'alcoolisme, on voit le

tracé figuré ainsi devenir plus tremblé, et loin de rester rectiligne, se composer d'une série de changements de direction multiples qui lui donnent un aspect saccadé.

Il en est de même dans la paralysie agitante et dans le tremblement sénile, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans le tracé ci-joint.

Que prouvent ces tracés, sinon que dans la maladie de Basedow les doigts ne sont pour ainsi dire pas animés de secousses propres, en un mot que leur tremblement est plutôt un tremblement communiqué et dû aux secousses des autres segments du membre supérieur, tandis que, dans les autres maladies dont nous venons de parler, les muscles des doigts sont plus particulièrement atteints par le tremblement?

Quant à la *chorée*, nous avouons n'être pas sans quelque embarras, non pas que le diagnostic différentiel du tremblement et des mouvements choréiques soit en lui-même difficile, mais parce que nous trouvons l'existence de mouvements choréiques signalée dans certaines observations de maladie de Basedow, telles que celles de M. Gagnon (1); — de Kelly (2); — de Gluzinski (3); — de Jacobi (4). — Que faut-il penser de ces mouvements? Coexistaient-ils avec le tremblement ordinaire, ou n'en étaient-ils pas plutôt l'exagération? C'est là un sujet sur lequel nous n'avons jusqu'à présent aucun renseignement certain.

Ajoutons que, si nous avons donné plus haut les différences que nous avons cru remarquer entre les tracés fournis par les divers tremblements, ce n'est pas que nous

---

(1) *Gazette heb. de méd. et de chir.*, n° 1876.

(2) *Med. Press. and circular*, 17 juillet 1878.

(3) *Heber Morbus Basedowii* (aus der Clinik des prof. Korcziorski, Przegl. lek., n° 51. 1880), analysé dans le *Caustatt*.

prétendions qu'en lui-même, et pris sur un muscle déterminé, le tremblement soit différent dans la paralysie agitante, le tremblement sénile, la maladie de Basedow; loin de là, nous aurions au contraire une tendance à penser que le tremblement d'un même groupe musculaire est toujours le même, quelle que soit la maladie, et que le rhythme est surtout sous la dépendance de la longueur des muscles ou des fibres musculaires, mis en action, et formant comme un pendule vivant. Mais ce n'est là qu'une supposition dont nous nous proposons de vérifier l'exactitude dans des recherches ultérieures, et alors même qu'on admettrait l'unicité du tremblement dans toutes les affections où on l'observe, sa valeur séméiologique ne s'en trouverait nullement infirmée, car c'est surtout sa localisation qu'il faut considérer; c'est elle qui lui imprime ses caractères spéciaux, forme, rhythme, amplitude, c'est par eux seuls qu'on peut reconnaître la maladie productrice du tremblement, de même qu'on peut distinguer du premier coup d'œil la paralysie saturnine de la paralysie radiale, grâce à la localisation de la paralysie à tel ou tel groupe musculaire.

Cherchons maintenant à jeter un coup d'œil d'ensemble sur le tremblement de la maladie de Basedow. Nous venons de parler longuement de ses caractères et de sa fréquence, reste sa nature. C'est là, nous ne nous le dissimulons pas, un des points délicats de notre tâche. Mettant à part toute tentative d'explication physiologique, nous examinerons seulement si nous sommes réellement autorisés à décrire ce tremblement, à le considérer non pas comme un accident, comme un épiphénomène pur et simple de la maladie de Basedow, mais comme un des symptômes les plus constants de cette affection. Quant à l'objection (nous l'avons entendu faire) que c'est là tout simplement un tremblement nerveux, nous répondrons avec

M. Fernet : « Quand un tremblement survient chez une personne connue pour facilement impressionnable, qu'il reste compatible avec un état de santé satisfaisant et qu'on ne sait à quelle cause directe le rattacher, il est d'usage de dire qu'il s'agit d'un tremblement nerveux ; dénomination peu compromettante, mais qui n'avance pas beaucoup pour la connaissance du fait.» Sans doute, c'est un tremblement nerveux comme tous les autres tremblements, si l'on entend par là que c'est à un trouble nerveux qu'il faut le rapporter, mais en quoi cela atteint-il la réalité du tremblement de la maladie de Basedow ? Si par ce mot de tremblement nerveux on veut entendre qu'il s'observe chez les malades atteints de cette affection ni plus ni moins que chez les personnes émotives, impressionnables, nerveuses en un mot, nous répondrons que, quelle que soit sa ressemblance avec le tremblement émotif, il en diffère cependant par son intensité, par sa continuité et par ce fait qu'il existe alors même que le malade n'a aucun sujet d'émotion et est, au point de vue psychique, parfaitement calme.

Nous répondrons encore que si, en effet, on observe souvent une tendance au tremblement chez certains individus nerveux, ce n'est pas là un fait général et que, chez les hystériques par exemple, ces nerveuses par excellence, on n'observe pas, du moins en règle générale, le tremblement ; nous ne l'avons pas trouvé non plus chez un certain nombre de neurasthéniques.

Ainsi donc, en admettant même jusqu'à un certain point l'analogie du tremblement de la maladie de Basedow avec le tremblement transitoire de quelques états nerveux avec émotivité exagérée, il subsiste cependant ce fait : qu'il indique déjà à lui seul un état nerveux spécial distinct de l'Hystérie et de la Neurasthénie. C'est là un sujet sur lequel nous nous proposons de revenir à la

fin de ce travail. Et d'ailleurs, si nous cousidérons un symptôme qui lui est parallèle, la Tachycardie n'existe-t-elle pas, elle aussi, à l'état transitoire comme le tremblement, chez les individus nerveux, émotifs, et cependant qui songe à lui refuser son existence en tant que symptôme propre de la maladie de Basedow, et à la considérer comme un simple épiphénomène dû à l'émotivité des individus atteints de cette affection ?

CHAPITRE II

Quelques autres symptômes de la maladie de Basedow.

Nous nous sommes efforcés dans les pages qui précèdent, de mettre le tremblement à sa véritable place ; il est encore un certain nombre de symptômes qui, tout en présentant une fréquence moins grande, un caractère d'objectivité moins prononcé, n'en sont pas moins dignes d'être mentionnés avec quelques détails. C'est ce que nous ferons dans la seconde partie de ce travail.

Parmi les cas de maladie de Basedow avec tremblement que nous avons eu l'occasion de citer dans l'étude précédente, il en est quelques-uns chez lesquels on ne trouvait ni l'exophthalmie, ni le goître. Nous allons donner ici l'une de ces observations, puis nous en examinerons les symptômes, et nous nous appliquerons à faire ressortir la valeur diagnostique toute particulière de quelques-uns d'entre eux.

Observation II.

M. B..., 21 ans, doreur sur bois (n'emploie jamais de mercure) —(déc. 1882.) Père, mort à 69 ans, très probablement de *paralysie agitante* (à la suite d'une peur pendant la Commune tremblait constamment, était comme soudé, ne pouvait tourner la tête,

avait généralement une sensation de chaleur excessive, ne pouvait rester en place.)

Une tante de sa mère est morte *folle;* une cousine germaine est *épileptique;* un cousin germain (le frère de cette cousine) est mort dans l'adolescence, *épileptique.*

Pas d'alcoolisme. Pas d'excès vénériens.

Etant enfant a toujours été très chétif.

Fièvre typhoïde il y a 13 ans; au moment de la convalescence il croit se souvenir qu'il eut, pendant quelques jours, un peu de tremblement.

Il y a trois ans il a eu une forte bronchite au cours de laquelle il a rejeté quelques crachats un peu teintés de sang, depuis cette époque, il n'a jamais rien observé de semblable. Depuis cette époque, il a souvent ressenti des étouffements, des palpitations, surtout quand il marchait vite ou se livrait à un effort un peu prolongé.

Il n'y a qu'un an qu'il s'est aperçu qu'il tremblait, et c'est pour cette raison qu'il a dû cesser son métier de doreur, car il ne pouvait plus poser la feuille d'or à la place voulue; ce tremblement était d'ailleurs moins fort au début qu'il ne l'est devenu dans la suite.

Etat actuel. Le malade est un peu maigre, mais semble cependant assez bien constitué, les membres sont plutôt grêles et les masses musculaires peu développées.

Il n'y a ni goître, ni exophthalmie.

Les battements du cœur sont réguliers (nous donnerons dans le cours de notre travail les remarques qui peuvent êtres faites sur les tracés cardiographique et sphygmographique pris sur ce malade), ils sont assez violents, et la main placée sur le thorax sent vivement l'impulsion cardiaque; le premier bruit à la pointe a un timbre un peu métallique, ce qui est dû sans doute à la force même de cette impulsion. On entend dans le quatrième espace intercostal, à un centimètre au-dessus du mamelon et à trois centimètres en dedans de celui-ci, un souffle doux systolique ayant plutôt les caractères d'un souffle anémique que d'un souffle organique. Le pouls est d'amplitude moyenne, sa fréquence est de 100 à 120, il est régulier.

Le *tremblement* est tout à fait évident aux quatre membres, de plus, on constate après avoir fait déshabiller le malade une trémulation des sterno-mastoïdiens, des grands pectoraux, des

muscles du bras (triceps), des fessiers, des adducteurs de la cuisse, etc... En plaçant les mains sur les épaules du malade, on sent nettement qu'il est agité d'une trémulation générale. Nous avons déjà vu que le tremblement des bras est assez fort pour avoir obligé ce jeune homme à abandonner son métier.

Les réflexes tendineux sont un peu exagérés au genou et au poignet.

Assez fréquemment, *diarrhées* sans coliques, survenant brusquement et durant soit un jour (deux ou trois selles), soit deux ou trois jours, et s'arrêtant brusquement; il affirme qu'alors les matières rendues sont très jaunes.

Il a *beaucoup de peine à s'endormir*, et son sommeil est constamment agité de cauchemars. *Sueurs* continuelles le jour et la nuit, la paume des mains est toujours humide.

Quelquefois le malade éprouve un besoin pressant de manger, de véritables *fringales*, sans que cela soit poussé à une véritable boulimie.

Un certain nombre de fois déjà il a été pris d'accès d'*angine de poitrine*. Ces accès débutent par une augmentation des palpitations, un serrement du cœur comme si on le lui arrachait, il lui semble qu'il va mourir, en même temps il sent une douleur dans l'épaule gauche; quelquefois, il perd connaissance sans avoir d'ailleurs aucune convulsion; toujours, quand son accès se termine, il est pris d'un impérieux besoin d'uriner.

Quelquefois aussi, accès de *toux* quinteuse, sèche, sans expectoration. L'auscultation et la percussion ne nous ont révélé dans les poumons aucune lésion. 23 par minute.

Sur la moitié droite du cou et sur les régions pectorales, acromio-claviculaire et scapulaire à droite, on voit un certain nombre de taches pigmentaires d'une étendue variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de deux francs, les contours de ces taches sont assez irréguliers, leur coloration peu intense est assez analogue à celle du masque de grossesse chez les femmes. Leur limitation à la moitié droite du corps est parfaitement nette.

Procédons maintenant à l'analyse de cette observation, et commençons par examiner les symptômes présentés par le malade, tout en les rapprochant des symptômes

analogues observés chez les autres malades, dont nous rapportons plus loin l'histoire clinique.

C'est à dessein que nous avons pris pour centre, pour base de démonstration, cette observation d'un cas *fruste* (1) de maladie de Basedow, et nous comptons bien démontrer dans cette étude, faite pas à pas, qu'en somme *maladie de Basedow type* et *maladie de Basedow fruste* sont absolument calquées l'une sur l'autre, et que la présence ou l'absence du goître et de l'exophthalmie n'a qu'une importance secondaire, car ni l'un ni l'autre ne sont nécessaires pour caractériser la maladie.

Parmi les symptômes que nous nous proposons de relever dans l'observation précédente, nous choisirons tout d'abord l'accélération du pouls, la *tachycardie;* c'est là un des symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, son importance est parfaitement reconnue, et nous n'avons sous ce rapport rien à réclamer en sa faveur; mais ayant observé un nombre assez considérable de malades, nous avons cru bon de dire quelques mots des résultats de nos explorations à ce sujet.

---

(1) Nous employons le mot de maladie de Basedow *fruste*, parce qu'il est consacré par l'usage; mais nous devons tout d'abord déclarer que le mot est surtout dans ce cas un véritable contre-sens, on appelle en effet médaille fruste toute médaille dont par suite du temps et des frottements les saillies ont été complètement effacées, cette médaille est devenue absolument méconnaissable, sa nature ne peut être rétablie, c'est ce que les numismates appellent vulgairement « un bouton de guêtre ». On entend, au contraire, sous le nom de forme fruste de maladie de Basedow les cas où les symptômes dits pathognomoniques de cette maladie sont plus ou moins absents, et cela non pas après une existence plus ou moins longue et une disparition progressive, mais absents d'emblée; si l'on tient absolument à emprunter une image à la langue des numismates, ce n'est pas à une « médaille fruste », c'est à une médaille mal frappée ou « mal venue » qu'il faudrait comparer ces formes.

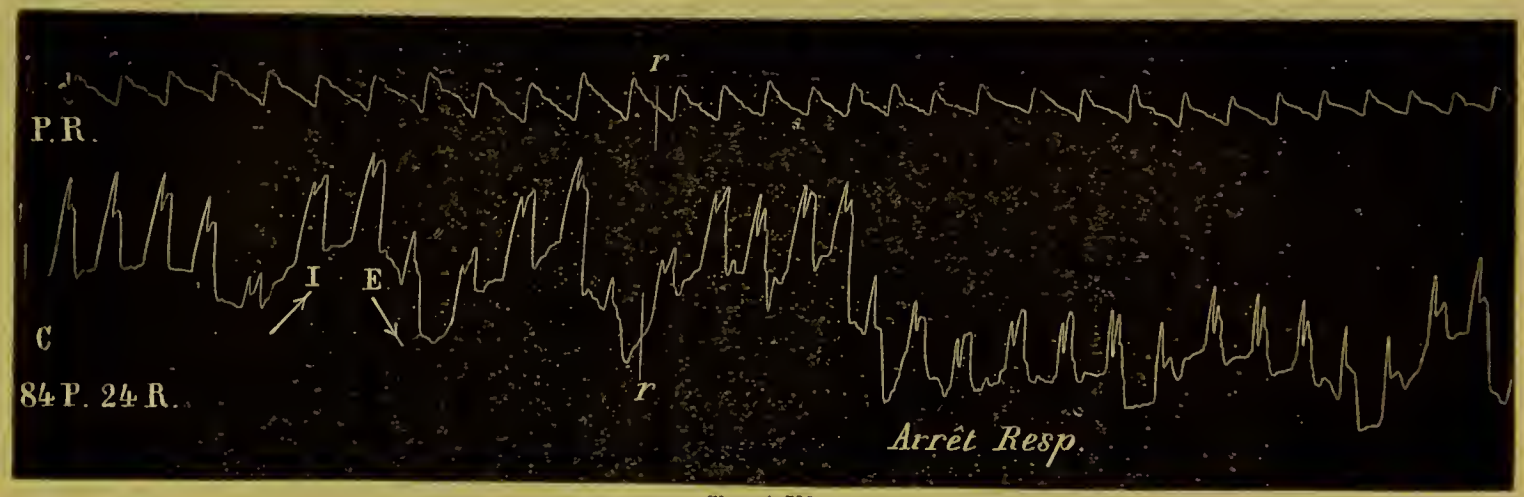
Dans l'observation II, nous voyons que le pouls était de 100 à 120. Ce chiffre ne présente en lui-même rien d'extraordinaire et s'observe fréquemment dans les cas types de maladie de Basedow, nous n'y insisterons pas plus longtemps; mais nous croyons utile de nous inscrire en faux contre certaines assertions sur le pouls dans la maladie de Basedow : c'est ainsi que de Graefe prétend que souvent le nombre des pulsations est inférieur à celui des battements du cœur; dans aucun des onze cas dans lesquels nous avons pris simultanément les tracés sphygmographique et cardiographique, nous n'avons constaté rien de semblable.

M. le professeur Sée constate l'arhythmie cardiaque « *comme la règle dans la maladie de Basedow* »; nous n'avons, pour notre part, observé cette arhythmie que dans un seul de nos tracés, quoique plusieurs fois nos impressions tactiles nous eussent fait croire à des irrégularités qui n'existaient pas réellement.

Nous donnons ici les tracés sphygmographique et cardiographique de deux de nos malades : le tracé VI provient du malade de l'observation II; le tracé VII de la malade de l'observation VI.

Ces tracés ont été pris par mon excellent maître et ami, le Dr François Franck, qui a bien voulu, avec son obligeance si connue, examiner ces deux malades et m'apporter le concours précieux de sa haute compétence; — les remarques qui suivent m'ont été communiquées par lui :

Dans le tracé VI, la ligne cardiographique présente des sommets vibrants; ce phénomène n'est pas dû à une projection brusque avec oscillation propre du levier, car on avait pris soin de rendre aussi faible que possible la sensibilité de celui-ci, afin d'éviter cette cause d'erreur.



Tracé VI.

Tracé VII.

Le retard du pouls radial n'est nullement exagéré.

Les variations respiratoires sont normales, mais plutôt un peu accentuées.

La forme du pouls ne présente rien de spécial, et permet de constater seulement la grande activité cardiaque.

Dans le tracé VII, on trouve que le retard du pouls radial sur le cœur est de 14 centièmes de seconde, c'est-à-dire très notablement plus court qu'à l'état normal ; de même, le retard des battements du goître sur ceux du cœur, pris dans un autre tracé, n'est que de 7 centièmes de seconde, chiffre inférieur à celui du pouls carotidien normal. Mais, d'un autre côté, il faut noter que le nombre des pulsations est de 132 par minute, et il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans ce cas, le retard entre le battement cardiaque et la pulsation artérielle se trouve diminué comme est diminuée, elle aussi, la durée de chaque pulsation ; en un mot, la diminution du retard de la pulsation artérielle sur le battement cardiaque n'est qu'un phénomène sous la dépendance directe de la tachycardie.

De plus, M. F. Franck a bien voulu prendre la pression artérielle au niveau de la radiale, chez nos deux malades, au moyen de l'appareil fort ingénieux et très simple dont il se sert dans ses recherches avec M. le professeur Potain sur la pression artérielle dans les maladies du cœur. C'est une exploration qui, croyons-nous, n'avait pas encore été faite jusqu'ici, et nous étions très désireux, pour notre part, de savoir jusqu'où pouvait aller cette diminution de pression artérielle décrite par la plupart des auteurs, et dont quelques-uns même ont fait la base de leurs théories. Or, chez nos deux malades, la pression était absolument normale et égale à 17 centimètres de mercure, l'avant-bras étant placé ho-

rizontalement sur les genoux ; à 14 centimètres, quand le bras était levé verticalement en l'air. Ces chiffres nous ont été donnés par M. Franck comme ceux que l'on trouve chez les individus dont l'appareil cardio-vasculaire fonctionne normalement ; c'est là un résultat inattendu, mais qui, une fois admise la valeur de la méthode par laquelle il a été obtenu, nous semble gros de conséquences, puisqu'il ruine sans rémission les théories dont nous parlions à l'instant, théories édifiées peut-être un peu vite sur une application mal justifiée de la loi de Marey, touchant l'augmentation des battements du cœur due à la diminution de pression dans l'appareil circulatoire.

Nous n'insisterons pas sur la présence ou l'absence de bruits anormaux à l'auscultation du cœur de nos malades, chez chacun d'eux nous avons signalé les caractères spéciaux des battements du cœur ; et, quelle que puisse être notre conviction au sujet de l'absence de lésion cardiaque, même dans les cas où le souffle était le plus intense, nous passerons sur ce point sans insister davantage, n'étant pas en mesure de décider si les souffles dont il s'agit sont de nature anémique, ou s'ils sont dus à une dilatation du cœur comme pourrait le faire croire l'augmentation de la matité cardiaque observée dans certains cas.

Pour ce qui est de l'œdème des membres inférieurs signalé dans les observations V et XI, nous nous rallions pleinement à l'opinion exprimée par M. le Dr Debove (1) à la Société médicale des hôpitaux. Nous croyons qu'il n'est pas besoin, pour les expliquer, d'invoquer l'existence d'une lésion cardiaque, qu'il suffit pour cela d'in-

(1) *Note sur les accès d'asystole dans le cours du goître exophthalmique.* Soc. méd. des hôp., juin 1880.

voquer la fatigue du cœur et peut-être aussi cette tendance à la dilatation dont nous venons de parler à propos des souffles cardiaques dans la maladie de Basedow.

Quant aux rapports entre la tachycardie et l'amplitude du tremblement, nous ne voudrions pas affirmer que ces deux phénomènes soient absolument proportionnels l'un à l'autre ; cependant, en passant en revue tous nos tracés, il nous a semblé qu'en général, à des pulsations plus nombreuses correspondait un tremblement plus ample ; aussi l'on comprend que, dans certains cas, le tremblement soit assez intense pour gêner beaucoup lorsqu'on cherche à prendre le tracé sphygmographique, ainsi que l'avait dejà signalé Lorain (1), cité par M. Fernet dans sa thèse d'agrégation. D'ailleurs dans les tracés que nous avons reproduits plus haut, M. le Dr Franck a su se mettre, comme on peut s'en convaincre, tout à fait à l'abri de cette cause d'erreur, quoique le tremblement de ces deux malades fût assez prononcé.

Il y a encore un phénomène cardiaque sur lequel on doit appeler l'attention, nous voulons parler des symptômes d'*angine de poitrine* observés chez notre malade. Ces symptômes qui se rencontrent, sinon fréquemment, du moins quelquefois dans la maladie de Basedow, ont été généralement méconnus par les auteurs, quelques-uns même de ceux qui les ont observés ont refusé de leur attribuer leur véritable signification ; cependant, l'angine de poitrine est très nettement affirmée dans les lignes suivantes de Trousseau : « *Dans le mois de janvier* 1863, *attaque d'angine de poitrine qui dure quelques heures, avec irradiation douloureuse dans l'épaule droite* ». — Chez notre malade, l'angine est par-

if not

(2) Lorain. — *Etudes de médecine clinique. Le pouls, ses variations, etc.* In-8, Paris, 1870, p. 233 et suiv.

faitement caractérisée : *les accès débutent par une augmentation des palpitations, un serrement au cœur comme si on le lui arrachait, il lui semble qu'il va mourir ; en même temps il sent une douleur dans l'épaule gauche; quelquefois il perd connaissance sans avoir d'ailleurs aucune convulsion ; toujours, quand son accès se termine, il est pris d'un impérieux besoin d'uriner* ».

Quelle est la signification de cette angine de poitrine : indique-t-elle une lésion du cœur ou des gros vaisseaux? — Nullement, elle est bien plutôt d'origine centrale, et nous la croyons, de tous points, comparable à celle qui s'observe quelquefois dans l'hystérie, ainsi que nous en avons rapporté des exemples dans un mémoire de la *Revue de médecine*, 1882.

Examinons maintenant les symptômes présentés par notre malade du côté du tube digestif, et parmi ceux-ci en premier lieu la *diarrhée*. C'est une manifestation des plus fréquentes dans la maladie de Basedow, puisque, dans les 15 cas inédits que nous publions ici, ce symptôme a été observé 12 fois, et qu'on le retrouve signalé dans la plupart des observations de cette maladie; malgré cela ni sa fréquence, ni ses caractères spéciaux n'ont été, à notre avis, assez indiqués par les auteurs chez lesquels il en est fait mention. Cette diarrhée a pour principal caractère d'être paroxystique et de n'être généralement pas accompagnée de coliques; voici comment les choses se passent : Le matin, le malade est allé à la garde-robe d'une façon tout à fait normale, puis 2-3 heures après, sans aucun motif, il est pris d'un besoin intense, et, pendant l'espace de quelques heures, il a deux, trois, quatre selles liquides, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle attaque de diarrhée qui surviendra quelques jours ou quelques semaines plus tard.

Peut-être la forme que nous venons de décrire est-elle déjà une forme un peu atténuée, car chez certains de nos malades et dans les observations de quelques auteurs, nous avons vu la diarrhée se manifester non pas seulement par poussées durant au plus quelques heures, mais s'établir d'une façon continue pendant plusieurs semaines et contribuer d'une façon notable à affaiblir le malade.

C'est là, nous l'avons dit, un des symptômes les plus fréquents dans la maladie de Basedow, et d'ailleurs, il est mentionné dans un certain nombre des observations que nous avons citées plus haut à propos du tremblement, et notamment dans celles de Rössner, de Yeo, de Morell Mackensie, de Rey, et aussi dans celles de Vogt (1), de Eger (2), etc... Mais, toujours on en parle comme d'un fait accidentel, et sans insister assez, à notre avis, sur les caractères spéciaux. Quelquefois il semble que l'on ait observé de la constipation, mais cela n'exclut pas la possibilité de diarrhées paroxystiques. — Nous ne parlerons pas des *vomissements* qui surviennent quelquefois dans la maladie de Basedow, parce que nous n'en avons aucun cas dans nos observations personnelles, nous les avons cependant vus chez une malade exister presque à l'état de vomissements incoercibles, mais nous n'avons pu nous procurer cette observation.

Parmi les troubles des fonctions de l'appareil digestif présentés par le malade de l'observation II, relevons encore la *boulimie*, qui, sans être aussi fréquente que la diarrhée, existe cependant dans bon nombre de cas;

---

(1) Vogt. — *Tilfälde af Morbus Basedowi hos en 30 arig Iomfru* (*Norsk. Magas. for Laegevidenskab.* R. 3, Bd. 5, S. 563, 1876), analysé dans *Caustatt.*

(2) Eger. — *Deutsche med. Wochenschrift* 1880, p. 153.

comme celle-ci, d'ailleurs, elle affecte deux modalités différentes; chez quelques malades, la boulimie se montre par accès prolongés durant plusieurs jours; chez d'autres, au contraire, il y a presque tous les jours de petits accès de « fringale » revenant quelquefois, même plusieurs fois par jour, mais ceux-ci ne présentent ni l'intensité, ni la durée des premiers.

Quant aux symptômes qui se rattachent aux fonctions respiratoires, il en est deux dans l'observation II sur lesquels il est intéressant d'insister : l'*augmentation du nombre des respirations* et la *toux*.

Chez ce malade, on voit en effet que le nombre des respirations était de 23 par minute, au lieu de 16, chiffre généralement admis comme représentant l'état normal; cette augmentation n'est pas un fait isolé, et l'on pourrait bien plutôt la considérer comme constante, quoique nous ne puissions l'affirmer, vu le nombre restreint de nos observations à ce sujet; en effet, nous n'avons pris le tracé pneumographique que chez 9 de nos malades, mais chez les 9 nous avons trouvé le nombre des respirations plus grand qu'à l'état normal, le minimum (2 cas) n'a jamais été inférieur à 20 respirations par minute, le maximum s'est élevé jusqu'à 33 par minute (observation VII). En faisant abstraction de ce cas, on trouve que la moyenne est d'environ 24 respirations par minute, chiffre notablement supérieur à la normale. Nous n'avons d'ailleurs, à part cette accélération, à faire aucune remarque spéciale sur les tracés pneumographiques que nous avons obtenus ; mentionnons toutefois ce fait que, chez certains malades, la courbe inférieure nous a semblé présenter une série de petites oscillations fort analogues à celles du tremblement, et certainement trop rapides pour pouvoir être attribuées aux mouvements du cœur, il est possible qu'elles soient dues au tremble-

ment des muscles de la respiration, ou tout au moins des muscles des parois thoraciques.

Quant à la *toux* notée dans l'observation II, elle est, elle aussi, très fréquente (12 fois sur 15 cas), quoiqu'elle ait, plus souvent encore que la diarrhée, échappé à l'attention de ceux qui ont publié des observations de maladie de Basedow; et cependant elle a un cachet tout particulier, elle diffère profondément de la toux produite par les affections pulmonaires ou bronchiques, c'est une toux quinteuse, survenant par accès, ne s'accompagnant d'aucune expectoration, ou d'une expectoration très légère et sans rapport avec l'intensité de la toux, bref, c'est une de ces toux dites nerveuses. Chez quelques malades, cette toux survient indistinctement à toute heure du jour; chez d'autres c'est surtout le soir, au lit, qu'elle se manifeste; chez la plupart elle trouble beaucoup le sommeil qui est en général si difficile à obtenir pour la plupart des malheureux atteints de cette affection. —Et cependant, quel que soit le soin avec lequel on ausculte la poitrine, on ne trouve aucun signe soit du côté de la plèvre, soit du côté du poumon, soit du côté des bronches, qui permette de penser à une lésion de ces organes, ou si l'on entend quelque chose d'anormal, ce n'est que de petits râles clairsemés tout à fait insignifiants. — Quant à l'hémoptysie que nous trouvons dans deux de nos observations, nous ne pensons pas qu'il faille lui attribuer une valeur séméiologique considérable, car dans ces cas, quoique l'hémoptysie eût déjà eu lieu assez longtemps avant notre examen, nous n'avons trouvé aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Pour terminer l'étude des symptômes constatés sur notre malade, il nous reste à dire quelques mots de ceux qu'il a présentés du côté de la peau, nous voulons parler

des *sueurs* et des *manifestations cutanées* proprement dites.

Le premier de ces phénomènes est quelquefois tellement développé, tellement insupportable aux malades, que lui, du moins, n'a pas échappé à l'attention d'un grand nombre d'auteurs, et qu'il se trouve décrit par certains d'une façon assez détaillée; — quant à son intensité, elle est aussi assez variable; c'est ainsi que dans certains cas (cas de Russel), les sueurs sont si intenses que le malade est obligé de s'essuyer constamment la surface du corps avec des serviettes; souvent il est obligé de changer de linge, une ou plusieurs fois dans la journée; ou bien la peau n'est plus tout à fait mouillée comme dans le cas précédent, mais elle est humide, elle est moite, et dans ce cas, il n'est pas rare de voir pendant les mois d'hiver toute la surface de la peau émettre d'épaisses vapeurs et pour ainsi dire fumer à l'air froid, comme le corps d'un cheval qui vient de faire une longue course, c'est là un phénomène qui n'est pas rare et dont nous avons été témoin plusieurs fois. Enfin, dans un degré encore moins prononcé, on trouve des sueurs localisées à telle ou telle partie du corps, il est quelquefois plus difficile de les constater, mais le malade les connaît bien et ne manque pas de les indiquer pour peu qu'on l'interroge à cet égard. Outre ces sueurs, on observe assez souvent une *sensation de chaleur* purement subjective survenant surtout dans la première heure qui suit le coucher, mais jamais nous n'avons constaté avec le thermomètre d'augmentation très notable de la température.

Quant aux *manifestations cutanées* dans la maladie de Basedow, l'attention a déjà été appelée sur elle depuis quelques années, surtout par la thèse de Noel Raynaud, en 1875, à propos de l'existence du *vitiligo* dans le cours

de cette affection; puis, en 1876, Rolland (1) montrait que l'on y peut rencontrer non seulement le vitiligo, mais encore les *taches pigmentaires* et l'*urticaire*. De plus, pendant les recherches qu'a nécessitées notre travail, nous avons trouvé dans les auteurs un certain nombre de faits analogues; c'est ainsi que chez la malade de M. Delasiauve dont nous rapportons l'histoire résumée, il y avait des plaques de vitiligo; de même chez une malade de M. le professeur Ball (2), les plaques de vitiligo siégeaient sur le cou, les bras, les jambes, le visage, et une véritable ceinture de vitiligo autour de la taille.

Dans le cas de Burney Yéo (3), on voit survenir la chute des sourcils et des cils.

Quant aux *taches pigmentaires* présentées par notre malade, elles ont été signalées, en outre de la thèse de Rolland, par Bartholow (4); chez notre malade, ces plaques assez analogues à celles du chloasma étaient disposées sur la moitié droite du cou et des régions sus-claviculaires et scapulaires, cette localisation unilatérale était extrêmement nette. — Chez la malade de l'observation XI, c'était encore à droite que siégeaient les plaques pigmentaires; tandis que dans l'observation VI, elles étaient également réparties des deux côtés, sur le cou et la région sus-claviculaire. — Ces taches étaient, nous l'avons dit, très analogues à celles du chloasma, et ne faisaient aucune saillie au-dessus de la surface de la peau; leur largeur variait de celle d'une lentille à celle

---

(1) *De quelques altérations de la peau dans le goître exophthalmique* (Thèse de Paris, 1876).

(2) Ball. — *Gaz. des Hôp.*, 1873, p. 108.

(3) Yeo. — *British medical Journal*, 17 mars 1877.

(4) Roberts Bartholow. — *Some practical observations on exophthalmic goître* (*Transactions of the American medical Association*, t. XXVI 1875).

d'une pièce de deux francs, leurs contours étaient irréguliers et leurs formes très variables.

A ces manifestations cutanées il faut encore ajouter les poussées d'*urticaire,* observées chez deux de nos malades, (observations I et XI) et les rapprocher des cas analogues signalés par Rössner (1), et par Duncan Bulkley (2).

De la réunion de tous ces faits nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est que, tout en étant moins fréquentes que les autres symptômes dont nous avons parlé plus haut, les manifestations cutanées ne sont pas cependant un pur accident dans la maladie de Basedow ; si elles ne sont pas la règle, elles ne sont pas non plus l'exception.

L'analyse de l'observation II n'est pas encore tout à fait terminée, et il nous resterait à insister sur les antécédents héréditaires, mais nous nous réservons de le faire tout à l'heure en examinant l'influence de l'hérédité dans la production de la maladie de Basedow.

Actuellement, nous n'avons qu'un mot à ajouter à propos de cette observation, c'est que ce cas *fruste*, nous l'avons tout exprès pris comme *type* de la maladie de Basedow, pour prouver que, dans cette affection, le goître et l'exophthalmie ne sont rien, ou du moins, qu'au point de vue de la fréquence, ils n'ont pas une valeur séméiologique aussi grande que, bon nombre d'autres symptômes passés généralement sous silence, et que malgré l'absence absolue du goître et de l'exophthalmie on peut observer le tableau clinique le plus complet de la maladie de Basedow.

---

(1) Rössner. — *Beiträge zur Lehre von Morbus Basedovii* (*Centralbl. fur med. Wissensch.* 1876).

(2) Duncan-Bulkley.—*Two cases of exophthalmic goître with chronic urticaria* (*Chicago Journ.*, oct. 1875, anal. in *Rev. des sc. med.*)

Si maintenant on cherche à jeter un coup d'œil d'ensemble sur la maladie de Basedow, que faut-il retenir des faits présentés dans ce travail? N'est-on pas tout d'abord frappé d'une chose: de la variété des symptômes observés, de leur dissémination sur la plupart des viscères? Nous avons constaté des troubles portant sur la plupart des fonctions de l'économie, et encore parmi ces troubles n'avons-nous ici parlé que des plus fréquents, de ceux que nous avons eu occasion d'observer nous-même chez plusieurs de nos malades; à ces troubles, nous pourrions encore ajouter les *vomissements*, l'*ictère* et les manifestations hépatiques avec ou sans xanthelasma, Röhrig (1), Eger (2), Panas (3); les troubles de la *fonction urinaire*, les accidents *convulsifs et paralytiques* dont notre ami le Dr Ballet présentera sous peu une étude d'ensemble, et aussi les *troubles psychiques* dont Solbrig (4), Geigel (5), Andrews (4), etc.., ont publié de si remarquables exemples.

Tant qu'on n'a fait consister la maladie de Basedow que dans la réunion des symptômes tachycardie, goître, exophthalmie, on a pu s'efforcer de la faire dépendre d'une lésion nerveuse limitée soit au pneumogastrique, soit au grand sympathique, soit à l'un et à l'autre de ces nerfs; on a même pu apporter à l'appui de cette opinion des résultats d'autopsie dont la valeur est bien affaiblie a priori, quand on sait combien, dans l'état actuel de nos connaissances, et surtout au moment où ont été faites la plupart de ces autopsies, quand on sait, disons-

---

(1) *Röhrig. Arch. f. Heilkunde*, 1863.

(2) Eger. — *Beitrag zur Pathologie des Morbus Basedovii. Deutsch. med. Woch.* 1880, p. 153.

(3) *Panas.-Loc. cit.*

(4) *Virchow-Hirsch*, 1870.

(5) *Wuzburg. med. Zeitschr.* 1866.

nous, combien il est difficile de constater certaines lésions des nerfs, et en particulier des nerfs ganglionnaires. Mais devra-t-on soutenir plus longtemps une semblable opinion en présence de cette multiplicité si grande des symptômes, en présence de leur dissémination, lorsqu'on constate des troubles du côté des appareils moteur, respiratoire, digestif, du côté de la peau, bref des troubles de presque toutes les fonctions de l'économie; lorsque surtout on est convaincu que ce ne sont pas de simples accidents, mais des symptômes habituels de la maladie de Basedow, et que quelques-uns d'entre eux sont même infiniments plus constants que le goître et l'exophthalmie? Evidemment non, et la seule conception qui reste acceptable est celle d'une névrose, non plus simplement d'une *névrose cardiaque* comme l'ont dit un grand nombre d'auteurs, et comme l'enseignent la plupart des Traités de pathologie, mais d'une *névrose générale*. Dans cette névrose générale, les manifestations cardiaques ont, il est vrai, une importance de premier ordre, mais elles sont accompagnées d'autres manifestations portant sur des fonctions diverses et dont la valeur séméiologique n'est guère moindre, et c'est là ce qui, à notre avis, doit empêcher de localiser, pour ainsi dire, cette névrose, en lui donnant le nom de névrose cardiaque. Cette opinion à laquelle semble conduire fatalement un examen attentif de la maladie de Basedow considérée dans son ensemble, a déjà été émise par quelques médecins, notamment par M. Béni Barde (1) et par Möbius (2), et pour notre part nous la croyons tout à fait légitime.

---

(1) Béni-Barde. — Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris In *Gazette des Hôpitaux* 1874.

(2) P. J. Möbius. — *Morbus Basedowii* (Mémorabilien, nov. 1881).

D'ailleurs, en continuant l'étude de cette affection, des conditions dans lesquelles elle prend naissance, on ne fait que se convaincre de plus en plus de son origine centrale, de ses analogies avec d'autres névroses générales.

Si, en effet, on cherche les causes auxquelles les malades rapportent le plus généralement leur affection, on retrouve toute la série de celles qui forment l'étiologie des autres névroses. — Il est, d'ailleurs, un caractère général commun à toutes ces causes : c'est celui de commotion plus ou moins violente, portant soit sur l'organisme tout entier, soit plus directement sur le système nerveux.

Choc moral ou choc matériel, quelquefois même l'un et l'autre.

Nous n'insisterons pas sur les grandes commotions morales, leur influence a été signalée depuis trop longtemps déjà dans les névroses en général, et dans la maladie de Basedow en particulier, pour qu'il y ait intérêt à le faire ; nous nous bornerons simplement à relever, dans celles de nos observations qui sont inédites, les faits de cette nature.

Chez la malade de l'observation IX, l'affection survient après la mort de son mari, qui était devenu fou. Dans l'observation X, le malade s'était cru, trois mois auparavant, atteint d'une pustule maligne ; ses camarades l'avaient, par leurs plaisanteries à ce sujet, jeté dans la plus atroce inquiétude.—Dans l'observation XIV, l'apparition de la maladie est consécutive à la rupture d'un mariage projeté et à une scène de reproches de la part d'un chef de bureau, se plaignant de la mauvaise exécution d'un travail qu'il lui avait donné à faire. Chez quelques autres malades, on trouve notés des chagrins répétés, des querelles de ménage; ces faits sont d'ailleurs loin d'être

rares et se trouvent mentionnés dans tous les auteurs; il est donc inutile d'y insister.

Mais, comme nous venons de le dire, il n'y a pas que les *chocs moraux* qui puissent déterminer la maladie de Basedow, il y a aussi les *chocs matériels;* et, à propos de ces derniers, on se demande quelle part il faut faire au *traumatisme* proprement dit, quelle part à la *commotion nerveuse?* Cette dernière dépend-elle directement de l'acte mécanique? Y a-t-il un ébranlement matériel des organes nerveux, ou un phénomène purement fonctionnel?

Parmi les cas où le doute que nous venons d'émettre se trouve le mieux indiqué, nous citerons l'observation de Russel (1), concernant une ouvrière qui, dans une fabrique de cartouches, s'était trouvée prise dans une *explosion.*

Puis, le cas de Pepper (2) : *Jeune garçon ayant eu, à l'âge de quatorze ans, une pneumonie typhoïde, puis ayant manqué de se noyer, ce qui détermina un violent choc nerveux; l'été suivant, légère insolation. Après son accident, il était devenu très nerveux et facilement agité; six mois plus tard, on constatait des palpitations, la tuméfaction de la glande thyroïde, une légère exophthalmie.*

Dans un ordre de faits où l'influence mécanique du traumatisme semble devenir plus nette, nous trouvons l'observation de Parry (3), dans laquelle on voit la maladie de Basedow débuter chez une femme de 21 ans, *à la suite d'une chute de voiture.*

---

(1) James Russel. — *Clinical Illustrations of Grave's Disease* (*med. Times and Gazette*) 1876, cas IV.

(2) Pepper.. — *Grave's disease New-York Med. Rec.* 1877, p. 545.

(3) Hiller Parry. 1825. — T. II, p. 111 à 129.

De même dans l'observation de M. Fauquez (1) :

Femme de 23 ans, fait une chute violente sur le côté gauche du corps, la tête et le visage ayant frappé le sol, apparition d'une névralgie céphalique intense, la santé générale s'altéra et l'on vit peu à peu apparaître toute la série des symptômes du goître exophthalmique. M. Fauquez attribue le développement de l'affection, dans ce cas, à un ébranlement transmis aux centres d'origine des vaso-moteurs de la région cervicale.

Dans notre observation IV, l'apparition de la maladie de Basedow a été sinon produite (peut-être en existait-il déjà quelques symptômes avant l'accident), du moins accélérée et favorisée par une chute violente. M. D... se trouvait dans sa voiture, lorsque celle-ci fut accrochée et renversée ; lui-même tomba, et la partie gauche de la tête et de la face portèrent sur le sol. Des phénomènes de commotion et peut-être même de contusion du cerveau se manifestèrent après l'accident.

Quant aux symptômes de la maladie de Basedow, ils semblent n'avoir été observés qu'au moins un an plus tard; toutefois, nous sommes dans la plus grande incertitude à cet égard; le malade, quoique médecin, n'ayant pas remarqué l'accélération du pouls ni la saillie des globes oculaires qui ont été constatés pour la première fois par M. Charcot, lorsque M. D... vint le consulter. Cependant, même avant l'accident, il existait déjà du tremblement, peut-être aussi de la tachycardie, et on doit se demander si, chez M. D..., la maladie n'existait pas déjà à l'état fruste et n'a pas éprouvé une sorte de coup de fouet par suite de l'accident qui lui est arrrivé.

Pour terminer ce qui a trait au rôle des traumatismes

(1) Rapport sur la candidature de M. Fauquez à la Société de médecine de Paris, 10 décembre 1881. Compte rendu de l'*Union médicale*.

dans la pathogénie de cette affection, il nous reste à citer les cas de Begbie et de de Graefe qui se trouvent mentionnés dans la plupart des auteurs, mais le plus souvent sans aucun détail.

Dans le cas de Begbie, il s'agit d'une contusion avec plaie de l'occiput, avec abondante hémorrhagie, précédant d'un an environ l'apparition des symptômes de la maladie de Basedow.

Dans le cas de de Graefe :

Une femme de 30 ans étant assise dans son jardin reçoit sur la tête un gros morceau de fer, pas de perte de connaissance, mais un peu d'étourdissement, la petite plaie située sur le sommet de la tête guérit rapidement. Dans les jours qui suivirent l'accident il survint de la fièvre et une éruption d'urticaire sur le corps; les yeux étant sensibles, rouges, douloureux, on appliqua 6 sangsues sur les tempes, mais à la suite de celles-ci survint un gonflement du visage, de la tête et du cou, s'étendant jusqu'aux seins; ce gonflement disparut en 3 jours, mais laissa après lui une double exophthalmie.

Tels sont les faits. En peut-on conclure que, par sa seule action mécanique le traumatisme, a déterminé directement dans les centres nerveux une lésion dont la symptomatologie constitue la maladie de Basedow? Cette hypothèse qui trouverait d'ailleurs un certain appui dans les expériences de Eulenburg et Landois, et de Filehne, est assez naturelle, mais elle ne nous semble pas répondre suffisamment à toutes les questions, et nous croyons que, même dans les cas de traumatisme, c'est encore à la commotion nerveuse qu'il faut faire la plus large part.

Le rôle de la grossesse dans l'apparition de la maladie de Basedow est connu depuis trop d'années pour qu'il

soit nécessaire d'en parler longuement, notons seulement, qu'ici encore, nous retrouvons le caractère de secousse intense, d'ébranlement profond portant sur tout l'organisme de la femme.

Mais il est un fait qui n'est peut-être pas sans intérêt de relever, c'est l'existence de la syphilis chez deux de nos malades.

L'un, D... (observation IV), aurait eu la vérole 10 ans environ avant l'apparition de la maladie de Basedow, qui semble, on vient de le voir, être dans une certaine mesure sous l'influence d'un violent traumatisme.

L'autre, M... (observation VI), après avoir été infectée par son mari en octobre 1879, apprend en janvier 1880 qu'elle a la syphilis, à l'occasion d'une poussée de papules ; dès ce moment elle ne peut plus dormir, elle se désole jour et nuit, déjà à ce moment diarrhées et sueurs. En avril, le goître a commencé à apparaître et n'a fait qu'augmenter depuis.

De ces observations nous pouvons encore rapprocher les deux cas de Chvostek, dont nous donnons plus loin l'histoire résumée (observations XVIII et XIX); l'un des malades présente les symptômes de la maladie de Basedow 11 jours après un excès alcoolique, il était syphilitique depuis un an ; l'autre, jeune homme de 22 ans, est pris des symptômes caractéristiques à l'occasion d'un traitement antisyphilitique dirigé contre un psoriasis des mains et des ulcérations de la gorge dont il était atteint.

Comment envisager ces faits? Faudra-t-il décrire une maladie de Basedow syphilitique? N'est-il pas plus logique de ne considérer dans ce cas la syphilis que comme un accident, comme une cause d'ébranlement pour l'organisme tout entier; et cela beaucoup plus peut-être par l'émotion qu'éprouvaient certains malades à se voir syphilitiques que par l'influence propre de la

maladie générale sur l'organisme. En somme, la vérole agirait alors par le choc qu'elle imprime à l'économie et non par sa spécificité.

Mais il est un facteur plus important dans la pathogénie de la maladie de Basedow que toute la série des causes dont nous venons de parler, causes qui, dans la grande majorité des cas, jouent seulement un rôle occasionnel. Ce facteur c'est l'*influence héréditaire* qui, lorsqu'on prend soin de la rechercher, se retrouve chez un grand nombre des malades. Sur ce point encore, tout en mettant à profit quelques faits empruntés à la littérature du goître exophthalmique, nous nous appliquerons plus spécialement à exposer les renseignements fournis par nos cas inédits.

L'influence de l'hérédité peut, dans la maladie de Basedow comme dans bien d'autres affections nerveuses, s'exercer soit d'une façon homologue, soit d'une façon hétérologue; c'est ainsi que tantôt on trouvera dans la même famille plusieurs personnes atteintes de cette maladie, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les parents du malade présenteront telle ou telle autre affection nerveuse.

Dans le premier ordre de faits, l'observation la plus nette et la plus connue est celle de Cheadle, dans laquelle on trouve quatre personnes de la même famille atteintes de la maladie de Basedow (une tante et ses trois nièces, dont deux sœurs et une cousine). — Dans une de nos observations (observation V), la malade nous a affirmé que l'aînée de ses filles, née à 7 mois et âgée d'environ 5 ans, aurait des palpitations et un peu de saillie des globes oculaires, mais nous n'avons pas vu nous-même l'enfant et ne pouvons garantir l'authenticité du fait.

Quant au second mode d'influence héréditaire, les exemples en sont bien autrement nombreux et non moins probants. Parmi ceux que nous avons rencontrés

dans les auteurs, citons ceux de A. Cros (*oncle paternel idiot, cousine maternelle aliénée*) ; — de Nothnagel (*mère épileptique*) ; — de Russel (dans un cas *grand' mère maternelle ayant eu des troubles psychiques, père mélancolique, deux sœurs atteintes d'affections nerveuses, dont une diabétique, frère imbécile ;* — dans l'autre cas, *mère, sœur et la malade elle-même migraineuses*).

Dans nos observations l'influence héréditaire ou tout au moins la notion qu'une tare nerveuse pèse sur la famille a pu être démontrée d'une façon évidente dans huit cas. Ici encore, c'est le malade de l'observation II qui, bien que n'ayant ni goître ni exophthalmie, bien que n'ayant qu'une maladie de Basedow réputée fruste, nous donne cependant l'exemple le plus concluant : Son *père* a été atteint d'un *tremblement* qui, d'après les renseignements recueillis, doit avoir été celui de la *paralysie agitante*, une *tante maternelle* est morte *folle*, une *cousine germaine* est *épileptique*, un *cousin germain épileptique* est mort dans l'adolescence.

Les autres observations nous donnent les renseignements suivants :

(Observation VI), un *oncle paternel idiot.*

(Observation I), le *père* était *épileptique*, un *frère* est très nerveux et *sujet à se trouver mal.*

(Observation VIII). Un *cousin germain* du côté paternel est placé dans une *maison de santé.*

(Observation V). Une *cousine germaine épileptique*; deux *frères très nerveux*, ne peuvent entendre quelque chose grincer sans être vivement impressionnés.

(Observation XII). Un *oncle paternel* sans être absolument aliéné, avait des idées bizarres, et était généralement considéré comme un *original*, il était affecté de *tremblement.*

(Observation XIV). *Mère très nerveuse, migraineuse, sœur très nerveuse et émotive.*

(Observation XV). Jusqu'à présent, c'est dans les directions ascendante et parallèle que nous avons trouvé chez les parents la tare nerveuse, ici la malade ne peut donner de renseignements ni sur ses ascendants, ni sur ses collatéraux, mais dans la direction descendante, on trouve que sur les dix enfants la plupart sont *morts en bas âge*, il reste *une fille* enfermée dans un *asile d'aliénés.*

Quant aux autres observations, il ne semble pas qu'il y ait eu des parents atteints d'affection nerveuse bien caractérisée; mais, dans quelques-unes cependant, les malades affirment de la façon la plus nette, que telle ou telle personne de leur famille était très nerveuse et extraordinairement émotive.

Il est inutile d'insister davantage sur cette coexistence de la maladie de Basedow et d'affections nerveuses diverses chez les membres d'une même famille, non plus que sur ses conséquences. Mais, à ce propos, il n'est peut-être pas superflu de rappeler qu'on peut aussi chez le même individu observer la coexistence de la maladie de Basedow et de manifestations nerveuses d'une autre nature, notamment des symptômes les plus nets d'hystérie, douleur ovarienne uni ou bilatérale, aphonie, attaque hystéro-épileptique, etc..., ainsi que des différents troubles psychiques pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale.

Tous ces faits ne prouvent-ils pas une fois de plus l'étroite parenté de la plupart des neuropathies, ne viennent-ils pas une fois de plus confirmer la vérité de la comparaison que faisait Moreau (de Tours) du nervosisme à un arbre dont les diverses affections nerveuses ne sont que les rameaux émanant tous du tronc commun.

OBSERVATIONS

Observation III.

(Cette observation a été rédigée en partie d'après des notes qui nous ont été obligeamment remises par M. le Dr Ballet, chef de clinique de la Salpêtrière.)

Madame W..., 38 ans, danseuse (janvier 1883.)

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires.

A 10 ans, fièvre typhoïde.

A 13 ans, fluxion de poitrine.

A l'âge de 20 ans, a un fils qui est bien portant. Une fausse couche.

Il y a deux ans et demi a eu pendant dix-huit jours un rhumatisme articulaire aigu, toutes les jointures ont été prises. Sueurs très abondantes. Il ne semble pas que le cœur ait été atteint. Traitement par le salicylate de soude.

A ce moment, elle n'avait ni tremblement, ni palpitations.

Un ou deux mois plus tard, émotions très vives, chagrins d'amour, à la suite desquels elle est prise d'une perte extrêmement abondante qui ne semble pas liée à une fausse couche.

Ce n'est qu'il y a deux ans que ses cousines s'aperçurent qu'elle tremblait en buvant et qu'elle parlait d'une façon un peu saccadée (comme si elle avait été en colère). Elle-même n'en avait jamais fait la remarque.

Elle n'avait non plus jamais remarqué qu'elle eût des palpitations, même lorsqu'elle dansait, c'est seulement après que M. Charcot eut appelé son attention sur ce point qu'elle en constata l'existence.

A cette même époque, ses cousines lui firent encore observer qu'elle avait le regard fixe, étrange, sans pourtant se rendre compte que les yeux fussent augmentés de volume.

C'est encore à la suite de ses chagrins que, pendant fort longtemps et quelquefois même encore maintenant, elle fut en proie à de cruelles insomnies.

Etat actuel. Corps thyroïde également développé dans toute sa masse et évidemment hypertrophié, mais d'une façon très symétrique, et par conséquent n'altérant que très peu la forme du cou tout en augmentant très notablement son volume.

Yeux un peu gros mais non très saillants, l'exophthalmie est cependant réelle, le signe de de Graefe est très légèrement prononcé; la vue ne semble pas s'être modifiée et est bonne.

Battements du cœur réguliers, impulsion modérée, souffle doux systolique, au-dessus de la pointe, disparaissant quand la malade est couchée, augmentant quand elle est penchée en avant. Pas de sensation de palpitations.

Pouls un peu mou et dépressible; lorsque M. Charcot vit pour la première fois la malade, et dans les premiers temps où celle-ci venait à la consultation de la Salpêtrière, le pouls était à 100, 120. Actuellement (janvier 1883) nous ne comptons plus que 90 pulsations.

Le tremblement des mains, seul symptôme pour lequel la malade vint au début consulter M. Charcot, est assez prononcé, mais beaucoup moins qu'il y a un an, il ne l'empêche pas actuellement de coudre, mais il la gêne souvent pour écrire. Les pieds tremblent aussi quand ils sont étendus; ainsi que les jambes lorsque la malade est assise.

Les sueurs existent, mais peu accentuées; moiteur des mains; lorsque la malade danse elle sue notablement plus que ses compagnes.

Madame W... n'a pas remarqué de diarrhées spéciales, elle s'observe, dit-elle, très peu et ne saurait donner aucun renseignement à cet égard.

Fréquents accès de boulimie ou plutôt fringales assez fortes pour l'obliger à se relever la nuit pour manger.

Souvent aussi quintes de toux sèche, sans expectoration, la prenant surtout la nuit, mais survenant aussi pendant le jour; nous avons pu en constater quelques-unes, et observer qu'à ce moment l'amplitude du tremblement est notablement exagérée mais non sa fréquence. — 22 respirations par minute. — Rien de spécial dans les poumons.

Sur la peau pas de pigmentation spéciale à part quelques petites taches de rousseur sur les mains que la malade a tou-

jours eues depuis l'enfance. — Pas de vitiligo. — Pas d'urticaire.

Deux fois depuis le début de son affection la malade a éprouvé des accès caractérisés par une augmentation considérable des battements du cœur, une sensation d'angoisse indicible, ces accès se sont terminés par une syncope.

Les réflexes rotuliens sont assez notablement diminués.

On a constaté, à plusieurs reprises, l'existence du sucre dans l'urine. (Pour ce point, nous renvoyons au travail de M. le Dr Ballet.)

Observation IV

M. D..., docteur en médecine, âgé de 37 ans, ne connaît dans sa famille personne qui soit atteint de maladies nerveuses.

A l'âge de 22 ans, il fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, à la suite duquel survint un abcès dans l'épaisseur du grand pectoral gauche; il ne semble pas à ce moment y avoir eu de déterminations cardiaques; depuis cette époque il éprouve de temps en temps quelques manifestations rhumatismales légères du côté des articulations, mais jamais de grandes attaques. Actuellement, on perçoit nettement des craquements dans l'épaule droite.

Il a toujours été très lymphatique, presque strumeux.

En 1865, il fut atteint d'une rougeole à la suite de laquelle il fut pris d'une ophthalmie assez intense.

En 1866, blennorrhagie, orchite double, érysipèle de la face.

En 1868, il fut affecté de diarrhée cholériforme, puis bientôt après de la diarrhée des salles d'auptosie.

Depuis 1869, il est sujet à des troubles dyspeptiques; dans cette même année, il observa sur presque tous ses muscles des mouvements fibrillaires qui l'ont beaucoup inquiété, et, vu la nature de ses études alors, il craignit d'être atteint d'atrophie musculaire progressive.

En 1869, il contracte un *chancre induré*, suivi d'une roséole légère, c'est la seule manifestation syphilitique qu'il ait jamais présentée.

En 1870, pendant le siège de Paris, a beaucoup souffert, et a même été atteint de dysenterie.

M. D..., a toujours été un peu nerveux, mais sans manifestations caractérisées.

Depuis sa jeunesse il a constamment eu des démêlés avec sa mère qui lui refusait les moyens de continuer ses études de médecine; même maintenant ces ennuis continuent.

Il n'a jamais eu d'enfants.

Pas d'alcoolisme. Boit un litre de vin par jour et deux litres de bière blanche, jamais de liqueurs. Prend une seule fois par jour du café. Ne fume plus depuis trois ou quatre ans. Prise.

Depuis 5 ou 6 ans il avait remarqué que, quand il était un peu fatigué, ses mains tremblaient; quelquefois aussi il éprouvait des étourdissements, un peu de vertige quand il lui fallait marcher sur une passerelle.

Il y a 3 ans, en janvier 1880, alors qu'il était dans sa voiture, celle-ci est accrochée, renversée par terre, il tombe sur le côté gauche de la tête et de la face. A ce moment se produisit un écoulement de sang de la valeur de six à huit cuillerées par l'oreille gauche, pas de liquide céphalo-rachidien. Perte de connaissance absolue, respiration stertoreuse, La perte de connaissance dure environ une demi-heure puis le malade revient à lui, mais reste encore étourdi; au bout de trois heures il peut monter son escalier tout seul et se coucher. Puis il perd de nouveau connaissance et ne se souvient de rien jusqu'au lendemain 4 heures de l'après-midi. A ce moment, il commença à répondre aux questions qu'on lui adressait, mais il ne pouvait répondre que d'une façon très lente et restait dans une position fixe, la tête appuyée sur le côté droit. La langue était lourde, le malade ne prononçait qu'avec une grande lenteur les mots, que d'ailleurs il avait beaucoup de peine à trouver.

Dès ce moment, la partie inférieure du facial gauche était paralysée. Rien du côté des paupières, la langue n'était pas déviée.

Au bout de cinq jours, M. D... avait complètement repris l'usage de ses sens, il éprouva alors des douleurs articulaires très intenses dans les membres inférieurs, ces douleurs disparurent après l'emploi des frictions. Jamais on ne constata aucun mouvement fébrile. Jamais le malade n'éprouva le moindre degré de paralysie dans les membres.

Quinze jours après l'accident, il se lève et commence à manger

comme d'habitude, enfin le dix-septième jour il put reprendre l'exercice de sa profession, quoique assez rude en pleine campagne.

M. D... n'avait depuis cette époque rien remarqué de particulier lorsque, quinze ou dix-huit mois plus tard, subitement, pendant qu'il était dans son jardin il entendit dans son oreille gauche un souffle intense qu'il attribua d'abord au bruit d'une machine à vapeur voisine, mais il ne tarda pas à constater que ce bruit était purement subjectif; il persista ainsi pendant 8 ou 10 mois, c'est à cette époque que M. D... vint pour la première fois consulter M. le professeur Charcot.

Depuis lors, le bruit de souffle a un peu diminué, mais il n'a cependant pas disparu.

Etat actuel (décembre 1882.) La première impression, quand on se trouve en présence de M. D.., est qu'on a affaire à un paralytique général au début; cette impression M. le professeur Charcot nous a dit l'avoir éprouvée lui aussi, elle s'explique facilement par les caractères spéciaux de l'embarras de la parole, et par la présence du tremblement, mais on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne saurait être question de cette maladie, et que l'état psychique en particulier est absolument normal.

Le *tremblement* est tout à fait général et à peu près aussi intense pour l'une et l'autre extrémité supérieure; non seulement quand le malade est assis on voit les mouvements involontaires des pieds, mais lorsqu'il est debout il lui semble éprouver une sorte de trépidation due à ce tremblement. Il n'y a pas d'augmentation de volume du cou.

Les yeux sont certainement un peu gros et hagards, quoique à proprement parler il n'y ait pas d'exophthalmie; cependant, et c'est un des rares cas où nous ayons pu le constater, les paupières présentent le signe de de Graefe.

Le pouls est faible, et le nombre des pulsations varie entre 85 et 100.

Les battements du cœur ne sont pas très énergiques, peut-être un léger souffle à la pointe systolique; pas de souffle à la base; pas d'augmentation de la matité cardiaque. Les battements sont réguliers.

Un peu en arrière de l'apophyse mastoïde gauche, on sent avec le doigt une artère un peu dilatée ou du moins dont les battements sont plus perceptibles à cet endroit qu'à la partie correspondante du côté droit; lorsque le malade presse à ce

niveau sur le vaisseau et maintient la compression il fait cesser le bruit de souffle dont il a été question tout à l'heure.

Diarrhées fréquentes, revenant par accès, sans coliques, assez souvent aussi diarrhée bilieuse s'accompagnant de coliques.

Les sueurs se produisent très facilement et sont notamment plus abondantes sur le côté gauche du corps.

Rien de spécial du côté de la peau, sauf de temps en temps des plaques d'érythème sur les bras.

Pas de boulimie, mais fréquents accès de crampes d'estomac surtout le matin avant le déjeuner.

Accès de toux quinteuse avec très minime expectoration. On ne trouve d'ailleurs du côté des poumons, à part quelques très légers râles, rien de spécial.

Pas de sensation subjective de chaleur; la température buccale prise sous la langue est de 36°,9.

Absence des réflexes rotuliens; le signe de Romberg existe un peu.

Nous sommes redevables à M. le Dr Jacquemart des renseignements suivants : L'audition est absolument égale pour les deux oreilles. — Par l'examen otoscopique, on constate sur la membrane du tympan à gauche une petite ligne blanchâtre qui n'est autre qu'une cicatrice consécutive à la perforation qui a dû avoir lieu au moment de l'accident.

Le malade a mal supporté le bromure de potassium qui lui avait été prescrit tout d'abord; il a remarqué que chaque fois qu'il prend du valérianate de quinine le souffle de l'oreille gauche diminue beaucoup d'intensité.

Observation V.

Madame de P..., de nationalité russe (janvier 1883.)

Grand-père paternel mort subitement.

Grand-père maternel mort d'une maladie de cœur, aurait eu probablement des rhumatismes.

Frère aîné a toujours eu des dartres survenant par poussées depuis son enfance. Les deux frères sont très nerveux ainsi que le père et la mère, ils ne peuvent entendre grincer un clou sur une vitre sans que cela les impressionne vivement.

Rien du côté des oncles, ni des tantes.

Une cousine est épileptique.

Etant enfant, a eu quelques glandes, un peu mal aux yeux, mais rien de plus, bonne santé.

Premières menstruations à 13 ans, un peu irrégulières.

A 15 ans, remarque pour la première fois une grosseur au cou sur la ligne médiane, au niveau du corps thyroïde, cette grosseur n'a pas semblé augmenter pendant trois ans. N'avait pas de palpitations du tout à cette époque, n'avait eu aucun ennui; pas de tremblement, ni sueurs.

A 18 ans, va consulter un médecin qui l'envoie à Cannes, en disant que le goître n'était rien, mais que la malade était très anémique, que cela guérirait en quelques mois.

A ce moment, est fiancée, a de vives émotions, mais pas de chagrins; commence à avoir des palpitations, surtout après les repas.

En 1876, à 18 ans 1/2 se marie, fait un voyage en Italie qui la fatigue; devient enceinte. A partir de 1875, le cou a grossi progressivement sans poussées aiguës non plus que sans arrêt.

Trois enfants en trois ans.

L'aînée des enfants est née à 7 mois, elle aurait des palpitations et les yeux proéminents.

En décembre 1882, aurait eu une attaque de rhumatisme; presque toutes les articulations enflées, rouges et douloureuses. Les articulations les plus prises ont été le genou droit, l'épaule gauche et les jointures de la main et du pied gauche.

Le cœur ne semble pas avoir été touché à cette époque, du moins le médecin n'en a rien dit. Depuis le rhumatisme, les palpitations n'ont pas sensiblement augmenté. Mais la malade sent, dit-elle, de temps en temps, de très fortes secousses au niveau de la région précordiale. Il faut évidemment se demander s'il n'y a pas eu lésion cardiaque consécutive à laquelle on pourrait attribuer en partie les palpitations et l'œdème des jambes.

Le goître semble occuper les trois lobes du corps thyroïde, peut-être avec une prédominance relative sur le lobe moyen. Il est d'un volume moyen et fait une saillie analogue à celle que ferait la moitié d'une orange appliquée sur la peau du cou, mais avec une plus grande extension latérale.

Les yeux ne sont pas saillants.

Les palpitations sont devenues de plus en plus violentes, quel-

quefois douleur précordiale très vive, augmentant dans les fortes inspirations.

Toujours un peu oppressée, lorsqu'elle parle elle est obligée de couper ses phrases. Pendant plusieurs mois a eu des périodes de boulimie, quelquefois des périodes de dégoût pendant lesquelles elle ne mange rien avec plaisir. Souvent diarrhées survenant subitement durant quelques heures, s'arrêtant de même.

Pendant une année, il y a deux ans, a eu des sueurs abondantes continuelles.

Pas de taches pigmentaires, pas d'urticaire. Tremblement surtout dans les membres supérieurs avec les caractères ordinaires, —perceptible aussi lorsque la malade étant debout on lui met la main sur l'épaule, — ce tremblement existe surtout à la jambe, quand celle-ci est placée à faux, et s'exagère beaucoup lors des émotions et des contrariétés.

Pouls petit, dépressible 110-120, semble régulier. Le médecin en Russie aurait dit qu'il est quelquefois irrégulier.

Respiration, 28. De temps en temps, accès de toux sèche, sans crachats, revenant par quintes et le plus souvent la nuit, cette toux serait un peu plus fréquente actuellement parce que la malade se serait enrhumée il y a quelques jours. Nous assistons à un de ces accès de toux qui dure pendant près de dix minutes. Il s'accompagne d'une sorte de cornage inspiratoire et expiratoire qui semble indiquer un obstacle au niveau du larynx ou de la trachée, ou un trouble quelconque dans le fonctionnement des lèvres de la glotte ; en même temps que la toux est probablement due à une excitation spéciale du pneumogastrique. Cette toux est survenue au moment où nous commencions à ausculter la malade, et où, par conséquent, elle avait eu un peu d'émotion.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont assez forts, mais ne présentent pas précisément le timbre métallique. Bruit de souffle doux au premier temps et fort à la base et au niveau du bord droit du sternum. A la percussion, la matité du cœur semble augmentée. La malade vient d'avoir un rhumatisme, le cœur a peut-être été touché.

L'auscultation des poumons révèle un certain degré de rudesse de la respiration au niveau des sommets, mais cela peut très bien être dû au cornage qui a lieu au niveau du larynx ou de la trachée. A la percussion des sommets, son parfaitement normal.

Déjà, il y a trois ans, a eu les pieds enflés pendant quatre ou cinq mois.

A eu quatre fois la diphtérie pharyngée (??) exsudat blanchâtre se répandant très rapidement aux deux amygdales. Un de ses enfants l'aurait prise d'elle ainsi que ses domestiques, l'enfant en est mort. A chaque période menstruelle, elle a une tendance à avoir mal à la gorge et de plus son goître devient un peu plus volumineux et plus dur.

Les règles sont régulières en général, mais peu abondantes.

Les deux jambes jusqu'au genou sont le siège d'un œdème peu prononcé quand la malade est au repos, mais augmentant très notablement le soir.

Observation VI

(La malade qui en fait l'objet était traitée à la consultation externe de notre maître, M. Ollivier, nous le remercions vivement de nous avoir autorisé à prendre et à publier cette observation.)

Mme M..., 39 ans, lingère (janvier 1883). Un oncle paternel idiot est mort dans un asile.

Elle a toujours été délicate dans son enfance, beaucoup de gourmes, croûtes dans les cheveux jusqu'à l'âge de 12 ans.

L'établissement de la menstruation s'est montré très difficile; à chaque époque menstruelle elle éprouvait des douleurs violentes dans le bas-ventre, les règles ont toujours été irrégulières.

La malade a, de tout temps, été très nerveuse et émotive, mais cependant elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Elle s'est mariée en 1881 et n'a eu qu'un enfant, bien portant quoiqu'un peu strumeux (abcès au cou).

Pas d'alcoolisme, bien qu'elle ait souvent le matin des pituites.

En octobre 1879, son mari lui donne la syphilis. En janvier 1880, elle entre à l'hôpital Saint-Louis, et M. le professeur Fournier aurait constaté à cette époque une syphilide papuleuse, pour laquelle elle resta trois semaines dans son service et sortit tout à fait guérie. Quant au chancre, elle n'a pas remarqué son existence et ne peut donner aucun renseignement à cet égard;

mais elle sait très bien que c'est en octobre 1879 que son mari est revenu de voyage portant des accidents syphilitiques.

Quant à l'hôpital elle eut appris qu'elle avait la syphilis, elle éprouva un chagrin immense et passa des journées entières à se désoler et à pleurer; lorsqu'elle en fut sortie, elle eut avec son mari les scènes les plus violentes. D'ailleurs des scènes de cette nature avaient lieu entre eux depuis longtemps déjà, son mari est, paraît-il, un ivrogne qui rentre souvent chez lui en état d'ébriété et se met alors à casser tout ce qui lui tombe sous la main; il ne l'a cependant jamais battue.

Depuis cette époque, la malade fut prise d'insomnies et d'un tremblement généralisé très accentué.

En avril 1880, elle s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur sur le côté droit du cou: les médecins à qui elle la montra lui dirent que ce n'était rien, qu'elle n'avait pas à s'en inquiéter.

Au mois d'août 1880, elle fut prise de violents maux de gorge qui sont probablement en rapport avec sa syphilis.

Au mois de novembre 1882, son goître ayant augmenté d'une façon très notable, elle alla consulter un médecin qui lui conseilla d'en faire pratiquer l'extirpation, on avait même pris jour pour cela, mais la malade effrayée ne se rendit pas chez le chirurgien.

C'est seulement quelques semaines plus tard que le goître prit tout son développement et qu'elle remarqua les battements dont il est animé.

Etat actuel. Le goître est assez développé, il occupe presque exclusivement le lobe droit du corps thyroïde qui fait une saillie dont le volume peut être comparé à celui de la moitié d'une grosse orange. Ce goître est animé de battements. Les pulsations des vaisseaux du cou sont très sensibles surtout à droite.

Il n'y a pas d'exophthalmie; les yeux, sans être hagards, sont plus brillants qu'à l'état normal.

Tremblement généralisé, très apparent aux membres supérieurs; depuis qu'elle en est atteinte, la malade ne peut plus faire de fins travaux d'aiguille, elle est encore lingère, mais prépare seulement l'ouvrage pour la machine à coudre en « bâtissant les morceaux ». Le tremblement existe aussi aux membres inférieurs; on le constate quand la malade est assise, et aussi quand elle est debout, en prenant soin de fixer une ligne passant par le sommet de la tête et un point fixe plus ou moins éloigné.

Les battements cardiaques sont violents, mais réguliers; il n'y a pas de souffle. Nous avons donné plus haut le tracé obtenu par le cardiographe et par le sphygmographe.

Le pouls est mou, facilement dépressible, 125 pulsations et plus encore, quand la malade vient de marcher ou est un peu émue.

Pas de palpitations subjectives, à tel point que la malade ne se doutait nullement de l'accélération considérable de son pouls. — Quelquefois, accès d'oppression.

Depuis 1879, au moment où elle a su qu'elle était syphilitique, elle est sujette à des diarrhées qui la prennent tout d'un coup, et durent tantôt quelques heures, tantôt un peu plus. Elle n'a pas de coliques.

Depuis la même époque, elle est sujette à des sueurs très intenses, survenant surtout la nuit; dans les premiers temps, il lui arrivait même de mouiller plusieurs chemises. Actuellement, elle présente une moiteur des mains très accentuée, beaucoup plus que des sueurs véritables. Pas de sensation subjective de chaleur.

Le matin, elle se trouve, dit-elle, beaucoup plus fatiguée que le soir au moment de se coucher; elle est tout essoufflée et est prise de quintes de toux très violentes. Cette toux est sèche, sans expectoration; et, lorsque nous prenions le tracé de sa respiration, elle nous a plusieurs fois considérablement gêné. Rien de notable du côté des poumons.

En pressant sur le paquet vasculo-nerveux du cou, à droite, on détermine une légère douleur s'irradiant du côté du sternum, et produisant une certaine sensation d'oppression; mais on n'observe aucune influence sur le nombre ou le caractère des battements du cœur.

Sur toute la région du cou et sur les régions sus-claviculaires des deux côtés, on voit de nombreuses taches pigmentaires assez analogues à des éphélides, mais beaucoup plus étendues; elles sont surtout larges et confluentes au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche. Il n'y en a pas sur les autres parties du corps.

Peut-être y a-t-il un peu d'albumine dans l'urine; mais, lorsque nous avons examiné celle-ci, la malade commençait à avoir ses règles.

Réflexes rotuliens tout à fait normaux.

Observation VII.

Mme A..., 35 ans (novembre 1882).

On ne peut obtenir aucun renseignement sur ses antécédents de famille, la malade étant convaincue que, si on les lui demande, c'est afin de la faire passer pour folle.

Depuis dix ans qu'elle est mariée, elle a eu des chagrins continuels par suite de mésintelligence avec sa belle-mère et les sœurs de son mari; position de fortune assez précaire.

A la suite de la perte d'un enfant, il y a huit mois, elle a eu de violentes palpitations; son cou a grossi, elle ne peut dire exactement depuis quand.

Etat actuel. — Goître très développé, animé de violents battements ; pulsations très nettes des vaisseaux du cou.

Exophthalmie très prononcée; — les yeux sont tout à fait hagards.

Palpitations très violentes, les battements du cœur sont réguliers, mais très intenses ; souffle systolique doux à la base.

Le pouls est régulier, mais rapide, 105 pulsations; très dépressible.

Le tremblement est extrêmement prononcé, il est général et agite tout le corps de la malade quand elle est debout.

Diarrhées survenant et s'arrêtant brusquement.

Sueurs très intenses. Lorsque nous la voyons par un temps un peu froid, sa figure et ses mains fument comme le corps d'un cheval qui vient de fournir une longue course; les mains sont toutes mouillées.

Assez souvent, quintes de toux sèche, avec une légère expectoration, 33 respirations par minute; rien de spécial dans les poumons.

Nous n'avons pas recherché s'il y a sur la peau des taches pigmentaires.

Les réflexes rotuliens n'ont pas été notés.

Observation VIII.

Madame F..., 49 ans, passementière (novembre 1882).

Un cousin germain, du côté de son père, a été enfermé dans une maison de santé.

A eu, il y a 8 ans, un très violent chagrin à la perte de sa mère, et, depuis cette époque, un assez grand nombre d'ennuis.

Bonne santé antérieure, avait cependant des palpitations. Jamais d'attaques de nerfs.

Vers le mois de juin 1880, elle se promenait au jardin des Plantes, lorsque tout à coup, sans qu'il y eût entre eux la moindre dispute, sans qu'elle eût éprouvé la moindre contrariété ou la moindre émotion, elle fût prise d'un malaise avec étourdissements et palpitations; elle put cependant revenir à pied chez elle.

Vers la même époque, la ménopause s'établit, les règles disparurent.

Depuis l'accident qui lui était arrivé au Jardin des Plantes, elle a remarqué que son cou grossissait.

Etat actuel. — Le cou présente manifestement un goître d'une médiocre grosseur, animé de battements, entouré de veines assez dilatées.

Les yeux ne font pas une saillie appréciable, mais ils semblent plus grands, plus brillants, et donnent au regard un aspect tout à fait hagard.

Les mains sont agitées d'un tremblement fin, la malade ne peut dire exactement depuis quand, c'est son mari qui a tout d'abord remarqué ce tremblement lorsqu'à table elle lui versait à boire; depuis lors ce tremblement a augmenté et elle est beaucoup moins adroite qu'auparavant dans l'exercice de son métier. Quand elle est assise, ses jambes se mettent fréquemment à trembler.

La malade se plaint aussi de palpitations; les battements du cœur sont en effet violents, on n'entend pas de souffle au niveau des orifices. Peut-être une très légère augmentation de la matité.

Le pouls est plutôt un peu dépressible, 120 pulsations.

Deux ou trois fois, la malade a été prise d'accès caractérisés par l'augmentation des palpitations qui sont devenues insupportables, une sensation d'anxiété terrible, une angoisse atroce.

Fréquents accès de diarrhée survenant brusquement, sans coliques, ne durant en général que quelques heures.

Les mains ne sont pas moites, ordinairement, cependant elle a, dit-elle, assez souvent à propos de rien comme des « coups de sueurs », mais elle a très nettement remarqué que même lorsque son corps est comme baigné de sueurs, toute la moitié gauche de la face et du cou en restent absolument indemnes.

Pas de sensation subjective de chaleur.

Assez souvent (environ une fois par mois), elle est prise d'urticaire généralisée, confluente, surtout au niveau des poignets et des avant-bras.

Fréquents accès de toux quinteuse avec très légère expectoration purement salivaire, revenant surtout la nuit et l'empêchant souvent de dormir. — 28 respirations par minute.

Quelquefois il lui semble sentir quelque chose qui part de l'ovaire gauche (où on peut constater d'ailleurs une ovarie assez nette), remonte au cœur, puis au larynx, détermine généralement de la toux, elle a à ce moment une oppression « comme si elle avait un poids de 20 kilos sur l'estomac. »

Son caractère est devenu irritable, elle s'impatiente facilement, s'émeut pour la moindre des choses.

Observation IX.

Madame V..., 64 ans, passementière. Novembre 1882.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires, cependant elle se souvient que son père tremblait beaucoup et qu'il lui était même impossible à cause de cela de faire certains mouvements un peu délicats.

A perdu son mari en 1874 et a eu à cette époque de grandes émotions (son mari était devenu fou).

A partir de ce moment, elle a commencé à avoir du tremblement, mais ce n'était que par intervalles que ce tremblement

devenait gênant, et en somme elle pouvait encore continuer son métier.

Elle n'avait jamais eu de palpitations auparavant. Au mois de mai 1882, elle a eu une fluxion de poitrine du côté droit.

Quand elle en a été guérie, son tremblement était devenu beaucoup plus fort, elle éprouvait de violentes palpitations.

Depuis longtemps la malade avait un goître assez développé, mais dans ces derniers temps ce goître s'est accru plus rapidement, et actuellement il présente le volume d'une grosse orange. Sur la peau qui le recouvre on voit courir de grosses veines sinueuses, les artères voisines battent d'une façon apparente, lui-même est animé de battements; c'est surtout le lobe gauche qui est développé.

Les yeux ne présentent pas d'exophthalmie proprement dite, mais ils sont hagards et semblent plus grands qu'à l'état normal.

Le pouls est relativement assez plein, et varie de 93 à 120.

Le tremblement est général, mais occupe surtout les membres supérieurs et en particulier les muscles de l'avant-bras. Les paupières tremblent aussi quand la malade ferme les yeux.

Toux extrêmement fréquente, sèche, avec une très médiocre expectoration, quinteuse, survenant surtout le matin et le soir; au poumon quelques râles de bronchite chronique.

Boulimie; souvent elle est obligée de se relever la nuit pour manger.

La sensation subjective de chaleur existe quelquefois mais rarement, ainsi que les sueurs.

Teinte un peu brune du cou, mais pas de taches pigmentaires.

Insomnies fréquentes.

Observation X.

C..., 40 ans, bijoutier en chaînes d'or. Rien de spécial dans les antécédents de famille, mère nerveuse. Jamais de rhumatisme ni de syphilis.

En 1869, a eu une hémoptysie assez abondante (a rempli une grande tasse).

En 1870, le Dr D..... a constaté de l'expiration prolongée au sommet droit.

En 1880, décembre, aurait eu une pustule charbonneuse à la face interne du poignet gauche. Connaissant quelqu'un qui était mort d'une affection de ce genre, il fut très inquiet pendant quelques jours. Cependant, à cette époque, il n'a eu ni tremblement ni palpitation,

Dans les premiers jours de mars 1881, il va à un concert au Trocadéro dans un état de santé parfaite, et sans avoir éprouvé aucune émotion extraordinaire pendant le concert, il en sort atteint d'un tremblement généralisé très intense.

A cette époque, on le soigna pour une hypertrophie cardiaque, on l'envoie à la campagne où il est pris pendant 15 jours d'une diarrhée incessante, à ce moment, 20 à 30 gouttes de teinture de digitale, et 2 grammes de bromure de potassium l'ont beaucoup soulagé, son tremblement a un peu diminué à partir de ce moment, ainsi que ses palpitations. Au début, il ne pouvait dormir, maintenant il dort bien, il a considérablement maigri depuis le début de sa maladie, au point d'être obligé de mettre sous son siège de la poudre d'amidon et un oreiller pour ne pas s'écorcher.

Etat au 8 août 1882. — Tremblement généralisé agitant tout le corps, très perceptible lorsqu'on place la main sur la tête ou les épaules du malade et lorsqu'on lui fait étendre les mains. Quand il a quitté sa chemise, on voit presque tous les muscles du tronc animés d'un tremblement analogue, on distingue très nettement les battements du cœur dans le 7e espace intercostal, deux côtes au-dessous du mamelon, en même temps il y a de violents battements derrière et au-dessous de l'appendice xyphoïde. Souffle peu intense mais net à la pointe, au 1er temps, il est plutôt un peu au-dessus de la pointe.

Pas d'hypertrophie du corps thyroïde; mais les artères du cou vibrent violemment et avec le sthétoscope on y entend un souffle systolique net, le souffle se propage dans l'aorte et s'entend sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

Quant aux yeux, ils n'ont pas d'exophthalmie proprement dite mais ils sont peut-être un peu brillants et hagards.

Pouls 120. — Température rectale 37°,5. Les réflexes rotuliens sont extrêmement faibles et manquent presque.

Au sommet du poumon un peu de rudesse et de souffle à gauche; mais pas de lésions bien accentuées. 20 respirations par

minute. Depuis longtemps déjà il est sujet à de brusques diarrhées, il lui arrive quelquefois, après être allé le matin à la selle régulièrement, d'être pris quelques heures après de diarrhées sans colique, d'avoir alors trois ou quatre selles, puis cette diarrhée s'arrête non moins brusquement.

Il a des sueurs très abondantes au moindre exercice; ces sueurs sont générales, le malade est presque toujours dans un état de moiteur accentué.

Le traitement prescrit consiste dans l'administration d'une infusion de 30 centigrammes de feuilles de digitale pendant quatre jours consécutifs, continuée ainsi par périodes de quatre jours en laissant deux ou trois jours de repos entre chaque période. Le 25 août, il y avait déjà une amélioration sensible, le malade dormait mieux, le tremblement était un peu moins intense. Le pouls n'était plus qu'à 105.

L'amélioration continua ainsi, lente, mais progressive, et le 2 janvier 1883, quand nous le revîmes, nous constatâmes que le tremblement était certainement bien moindre qu'au début et que pour le retrouver il fallait faire étendre les mains au malade. Il a d'ailleurs recommencé à travailler en octobre 1882 et peut continuer son métier (bijoutier en chaîne), ce qui le gêne le plus, actuellement, ce n'est pas son tremblement, mais un certain trouble de la vision, une sorte de nuage qui l'oblige à se servir de verres convexes. Les yeux sont un peu gros, et tout le monde lui dit à l'atelier qu'ils sont plus saillants qu'auparavant.

A l'auscultation du cœur on ne retrouve pas le bruit de souffle constaté lors du premier examen, mais après chaque inspiration on entend un souffle qui est très certainement extracardiaque et qui doit provenir de l'action du cœur sur le poumon.

Pouls régulier 102.

Température buccale 37°,2.

Observation XI.

(Cette observation a été rédigée en partie d'après des notes qui nous ont été obligeamment communiquées par M. le Dr Ballet, chef de clinique de la Salpêtrière.)

Madame C..., 51 ans, couturière (février 1883).

Mère un peu nerveuse. Sœur nerveuse, pas de crises. Une cousine germaine aurait été opérée d'une tumeur pulsatile (anévrysme cirsoïde du front (?) opéré à l'hôpital Beaujon; il semble qu'on ait fait la ligation de la carotide au cou).

Fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans, s'était parfaitement rétablie, a toujours été délicate, se fatiguant facilement. Bronchite aiguë il y a quatre ans, en même temps un peu de rhumatisme subaigu aux jointures des doigts.

Peut-être un peu de lithiase biliaire, quelques coliques sourdes du côté de la région hépatique, un peu de subictère des conjonctives.

Il n'y a pas d'exophthalmie à proprement parler, mais les personnes de sa connaissance disent qu'elle a les yeux plus gros qu'auparavant, pas de signe de de Graefe.

A eu de grandes contrariétés. Pendant la Commune elle a eu une discussion terrible avec une voisine et depuis cette époque elle a toujours eu un peu d'émotivité. Il y a six ans, tout d'un coup, sans la moindre raison, s'est sentie prise de palpitations. A ce moment déjà elle tremblait beaucoup et même beaucoup plus que maintenant, elle faisait trembler les personnes sur qui elle s'appuyait dans la rue, elle ne pouvait pas coudre du tout. Elle avait de terribles accès de palpitations, mais c'étaient des accès durant 12, 24 heures et cessant brusquement.

Maintenant, au contraire, ses palpitations sont continuelles, mais moins intenses que les accès dont nous venons de parler.

Le goître est très accusé, noduleux, occupant tous les lobes du corps thyroïde, ses mouvements d'expansion sont peu caractérisés, les battements communiqués sont assez forts; c'est vers l'âge de 22 à 23 ans qu'elle a constaté le début du goître, elle n'avait pas à ce moment de palpitations d'une façon nette. Ce goître était resté à peu près stationnaire, il ne s'est mis à aug-

menter rapidement que depuis 6 ans, au moment où survenaient ces palpitations.

Le pouls est très rapide (140 et plus) il est petit, dépressible, il semble irrégulier et l'est en effet.

Les battements du cœur sont très violents, la pointe bat dans le 6e espace intercostal et dans la ligne du mamelon. Les deux bruits systolique et diastolique sont tous deux soufflés, mais c'est un souffle bref, non pas prolongé. Les battements sont irréguliers et par séries de 3 ou 4 à peu près réguliers, puis un retard et une nouvelle série de battements réguliers.

Cette irrégularité se retrouve très nettement sur les traces.

Tremblement des mains modéré, a été beaucoup plus intense il y a 6 ans. Jusqu'à cette époque, elle est restée pendant 3 mois sans travailler (couturière) et, actuellement, elle peut coudre mais elle va bien moins vite à coudre qu'auparavant, souvent aussi son écriture est un peu tremblée. Les jambes se mettent à trembler dès que, étant assise, elle se pose sur la pointe du pied. Sueurs très intenses sur le corps (poitrine et dos), sur le front mais non sur les mains ou les pieds, sensation de chaleur dans la journée et la nuit.

Elle a quelquefois de la diarrhée mais très souvent, le plus généralement, elle observe qu'elle est obligée d'aller à la garde-robe 2, 3, 4 fois par jour sans que les selles soient liquides et sans éprouver de coliques.

Presque tous les jours elle a des accès de fringale très caractérisés mais pas une boulimie continuelle. Taches pigmentaires ressemblant à des éphélides mais un peu plus larges sur le côté droit du visage, (joue, apophyse orbitaire, front.) Presque toutes les fois qu'elle va se promener à la campagne, elle est prise de poussées d'urticaire généralisée pendant plusieurs jours et disparaissant dès qu'elle se remet en chemin de fer pour rentrer à Paris. La malade présente des quintes de toux fréquentes et prolongées, s'accompagnant seulement d'une bien légère expectoration, survenant souvent la nuit et lui rendant alors le sommeil impossible, 29 respirations par minute, rien dans les poumons. D'ailleurs, elle est sujette aux insomnies et a beaucoup de peine à s'endormir. Un peu d'oppression, surtout quand elle monte les escaliers. Souvent elle a une sensation d'angoisse très intense, générale, accompagnée d'augmentation des palpitations, mais sans que ce soit là de l'angine de poitrine à proprement parler.

A deux reprises différentes, il y a eu de l'œdème des membres inférieurs. — La première fois, il y a six ans, au moment des accès de palpitations; la seconde fois au mois de novembre 1882; à cette époque même l'œdème remontait presque jusqu'à la ceinture; dans l'intervalle de ces deux apparitions et depuis, l'œdème a toujours persisté au niveau des malléoles, surtout au niveau de la malléole gauche, mais peu accusé et s'exagérant seulement un peu le soir.

Réflexes tendineux peu accentués, mais à peu près normaux.

Peut-être y a-t-il dans les urines une très légère quantité d'albumine?

Observation XII.

Madame S..., 45 ans, ancienne employée de commerce.

Son père est mort à 57 ans, d'apoplexie cérébrale.

Un oncle paternel, sans être absolument aliéné, avait des idées bizarres, et était généralement considéré comme un original, il était affecté de tremblement.

A été très délicate pendant la première enfance.

Pas de maladies graves. — A toujours été très nerveuse.

Depuis une douzaine d'années, elle est atteinte de crises commençant par des renvois et par un tremblement général assez analogue à celui du début des attaques épileptiformes. L'épigastre gonfle. La malade ne perd jamais connaissance, au contraire elle a dans ce moment une acuité intellectuelle plutôt exagérée. Ses bras se tordent un peu (pronation forcée). Elle se met à chanter de toutes ses forces des morceaux d'opéra, et elle s'interrompt pour causer avec les personnes qui l'entourent, tantôt elle rit et plaisante, tantôt se met à pleurer; arrache souvent alors ses vêtements et ses draps; elle a, paraît-il, pendant quelques-unes de ces crises tenté de se donner la mort.

Cette malade n'est pas mariée, mais vit avec le père de sa fille et attend avec impatience que des circonstances spéciales permettent de régulariser leur position, c'est là pour elle un souci constant.

Le début des accidents actuels remonte au 28 octobre 1882. Quelqu'un lui ayant dit qu'il y avait dans Paris un très grand

nombre de cas de fièvre typhoïde, elle fut poursuivie de l'idée que sa fille pourrait en être atteinte, et eut une crise hystériforme.

Elle exigea alors de son médecin une purgation (30 grammes de sulfate de magnésie) à la suite de laquelle elle eut pendant deux jours une diarrhée intense (12 ou 15 selles).

A partir de ce moment, son caractère s'assombrit; tout l'ennuyait, l'irritait; elle fut prise de palpitations et de tremblement.

Etat actuel. — Pas d'augmentation de volume du cou ; rien de spécial du côté des yeux.

Pouls mou, dépressible, semble quelquefois irrégulier, mais ces irrégularités ne se retrouvent pas sur les tracés, 102 pulsations.

L'impulsion cardiaque est assez forte; à l'auscultation, on n'entend pas de souffle à proprement parler, mais le premier bruit est un peu soufflé à la base; à la pointe, les deux bruits sont un peu rudes.

La malade a beaucoup de difficulté à s'endormir, son sommeil est presque toujours agité, quelquefois rêves érotiques, bien que le caractère dominant chez elle à l'état de veille soit plutôt la frigidité.

Les mains sont animées d'un tremblement assez fin mais très net, visible même lorsqu'elles sont placées sur les genoux de la malade, plus apparent encore lorsqu'elles sont tendues horizontalement.— De même, aux pieds, le tremblement est déjà constatable lorsque ceux-ci sont étendus, mais, de plus, lorsque les jambes sont fléchies et ne reposent que sur les orteils, on les voit immédiatement être animées de secousses rhythmiques très accusées.

Les mains sont toujours moites ; de plus, il se produit très souvent des sueurs sur les jambes ou l'épigastre.

Depuis le mois d'octobre, la malade a presque constamment la diarrhée, surtout depuis un mois; cette diarrhée s'accompagne assez souvent de coliques, les selles au nombre de 3, 4, 5, 6, sont vertes, bilieuses.

Pas de manifestations cutanées.

Accès de boulimie très prononcés et tres fréquents.

Sur le côté gauche du cou, le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, lorsqu'on presse sur le trajet du paquet vasculo-nerveux carotidien, on détermine une douleur assez intense s'irradiant jusqu'à la région précordiale et que la malade

accuse très vivement. — A la suite de quelques-unes de ces tentatives de pression, survient à l'état d'ébauche ce que la malade appelle un de ses accès (hysteria minor).

Point ovarien double très net.

Pas d'anesthésie.

Champ visuel normal, pas de rétrécissement.

Le 6 février 1883, étant en promenade, elle sent ses jambes faiblir, elle ne peut plus marcher, on est obligé de la soutenir pour l'empêcher de tomber ; cela a duré une heure environ, puis elle a repris tout à fait l'usage de ses jambes. (Ces accidents sont survenus pendant une période menstruelle).

Observation XIII.

M. L..., horloger, âgé de 46 ans, habitant Clermont-Ferrand.

Ne connaît dans sa famille personne qui soit atteint d'une maladie nerveuse.

Bonne santé antérieure, a toujours été un peu nerveux. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. A été réformé pour hypertrophie du cœur, avait des palpitations violentes à la moindre émotion.

Pas de chagrins violents.

Depuis quelque temps il était très occupé pour son commerce et notamment pour des travaux d'horlogerie et de bijouterie, toujours assez délicats; il était obligé de veiller très souvent, il sentait même que son œil droit était particulièrement fatigué.

A partir du 10 novembre 1881, il fut pris d'insomnies qui durèrent environ quinze jours, en même temps il avait absolument perdu l'appétit, et dut rester dans cet état près de deux mois et demi dans son lit, étant trop faible pour se lever. Les médecins qui le soignaient lui disaient que pendant tout ce temps il avait la fièvre, mais on se borna à l'examen du pouls et jamais on ne fit usage du thermomètre, contre cette fièvre, il prit une assez grande quantité de sulfate de quinine, mais sans grand résultat.

Au même moment il éprouvait de violents battements de cœur avec cardialgie; jamais d'oppression.

Il remarqua aussi une sensation de chaleur tout à fait insupportable accompagnée de transpirations abondantes (était souvent obligé de changer quatre fois de chemise par jour).

Dès qu'il s'est mis au lit, il s'est aperçu de son tremblement; il tremblait dès qu'on ouvrait une porte, dès qu'on lui parlait, lorsque le médecin venait le visiter; il tremblait même lorsque tout était tranquille autour de lui; il a parfaitement remarqué que ce tremblement était général, et occupait toutes les parties de son corps. Depuis cette époque, il s'est trouvé tout à fait incapable de travailler, il ne pouvait plus faire aucun des travaux qu'il exécutait très bien auparavant.

En février, quand il a pu se lever, il est allé pendant un mois à la campagne, il s'est trouvé mieux, le sommeil est revenu ainsi que l'appétit.

Il a fait un autre séjour à la campagne pendant l'été et en a retiré un grand bénéfice, le tremblement et les palpitations avaient beaucoup diminué, mais lors de son voyage à Paris, ces deux symptômes ont repris beaucoup d'intensité.

Il y a 15 jours, il a été pris d'une faiblesse dans les jambes, telle que, s'il avait été à genoux, il n'aurait pu se relever seul; puis cela a passé en quelques jours.

Pendant ses insomnies du début, il a usé sans grand bénéfice du chloral et du bromure de potassium.

Etat actuel. — Il n'y a pas de goître, mais le cou est un peu gros, les battements carotidiens sont extrêmement intenses.

L'œil gauche est peut-être un peu plus gros, et sa femme le trouve plus saillant qu'auparavant.

Tous les muscles sont atteints de tremblements fibrillaires fins et paraissent palpiter; lorsqu'on applique les mains sur les épaules du malade on sent son corps trembler, il semble qu'il est affecté d'un frisson perpétuel. Les paupières tremblent aussi quand il les tient fermées, ainsi que la langue.

Les diarrhées sont beaucoup moins fréquentes et prolongées qu'au début, à cette époque, elles duraient quelquefois dix ou quinze jours, sans coliques, le malade a pris à plusieurs reprises du bismuth et des lavements pour les faire cesser.

Il éprouve fréquemment des fringales qui le mettent dans la nécessité de manger souvent.

Les impulsions cardiaques sont très violentes et ébranlent la cage thoracique, il y a un léger souffle systolique dont le maximum se trouve dans la région de la pointe.

Le pouls assez faible, est presque toujours à 120.

Pas de toux. 21 respirations par minute.

Rien de spécial du côté de la peau.

Sensation de chaleur très désagréable quand le malade se couche, durant environ une heure, les sueurs existent encore, mais moins intenses qu'au début. Température normale.

Réflexes tendineux très augmentés aux membres supérieurs, plutôt diminués aux membres inférieurs.

Observation XIV.

M. C..., 28 ans, employé d'administration (décembre 1882).

Mère très nerveuse, mais pas d'attaques, fortes migraines.

Père aurait eu des rhumatismes.

Chez les grand-parents, les oncles, tantes et cousins, il ne connaît pas d'affection nerveuse.

Sœur très nerveuse pleurant à la moindre contrariété, lui-même très nerveux.

Fièvre typhoïde pendant son enfance (5 ans environ) qui semble n'avoir pas spécialement affecté son système nerveux.

Il y a 17 ans, a fait une chute d'un mètre de hauteur sur du bitume, l'occiput a porté, est resté couché pendant plusieurs semaines seulement à cause de la sensibilité de la tête, pas de paralysies ni de vertiges.

En 1876, a eu un point de côté à gauche; soigné pour une pleurésie par un homœopathe, pour une pleurodynie par un allopathe.

A cette époque, n'avait pas remarqué de palpitations.

En 1877, soigné par le M. Dr D....., avait des palpitations, a pris 20 gouttes de teinture de digitale, n'avait pas de tremblements.

Bronchites de médiocre intensité au commencement des hivers.

Jamais de rhumatismes articulaires.

Pas d'accidents vénériens.

Vers le mois de juillet 1881, a eu de fortes contrariétés, mariage manqué.

A eu aussi des inquiétudes et un peu de surmenage intellectuel pour des examens de droit qu'il a passés en novembre 1882. Mais ces inquiétudes n'ont existé qu'à partir du 1er octobre, actuellement a encore des préoccupations de mariage.

Il a toujours eu des battements de cœur assez forts. Cependant, il semble que ces palpitations ont débuté à peu près dans le même temps qu'il s'apercevait de son tremblement.

Vers le mois de juillet 1882, s'est aperçu qu'en écrivant pour son bureau il tremblait un peu et cela rien que pour les écritures du bureau, son chef de bureau tenant beaucoup à ce que les écritures soient très soignées, il avait peur de mal faire, tandis qu'en écrivant ses lettres il ne tremblait pas ; à cette époque, les palpitations n'étaient pas non plus très fortes.

Puis, c'est allé en diminuant jusqu'à ce que survinssent les émotions pour l'examen au 1er octobre, alors palpitations et tremblements commencèrent à augmenter jusqu'à maintenant.

Etat actuel. Taille moyenne, plutôt un peu maigre. Coloration normale de la face. Le thorax est allongé dans le sens vertical, peu développé transversalement, mais tout cela est relatif.

Pas d'exophthalmie ni de troubles de la vue, pupilles égales, normales, réagissant bien,

Pas de gonflement du corps thyroïde ; peu de battements des vaisseaux du cou.

Le tremblement existe constamment, tout en étant peu marqué à l'état ordinaire, mais augmente au moment des émotions et lorsque son chef de bureau lui fait écrire quelque chose.

Il semble que ce tremblement n'est pas généralisé et n'existe que dans les mains, — avec prédominance dans la main droite.

Tremblement très fin allant de la face palmaire à la face dorsale.

Le cœur bat à cinq ou six centimètres au-dessous du mamelon et semble notablement abaissé ; la pointe donne un choc assez violent et soulève l'espace intercostal sur un espace un peu plus large qu'une pièce de 5 francs.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont un peu sourds ; il semble y avoir un peu de souffle au premier temps et à la base, mais ce souffle pourrait bien être dû à un bruit extracardiaque, le poumon recouvrant presque toute la face antérieure du cœur et la respiration étant un peu rude et saccadée. — N'a jamais craché le sang.

Pas de diarrhée.

Sueurs peu abondantes.

Pas de bourdonnements dans les oreilles.

Assez souvent, toux quinteuse, très sèche, sans expectoration ; vingt-huit respirations par minute.

Réflexes tendineux un peu exagérés aux membres inférieurs et aux coudes; pas de phénomènes du pied.

Température buccale, 36°,7.

11 janvier 1883. — Pouls : 92. Le tremblement, qui avait presque disparu par 1 gramme de bromure de potassium, vient de reprendre ; le malade, craignant de n'avoir pas fini à temps un travail, s'est senti ému et a recommencé à trembler. Rien dans les urines. Une fois déshabillé, pas de trémulations de muscles. Une plaque de pityriasis versicolor sur la fesse gauche ; une autre au niveau du bord droit du sternum.

Observation XV.

Mme P..., 76 ans, couturière (décembre 1882).

Père très violent, très irascible, mort presque subitement à la suite d'une forte colère, à l'âge de soixante ans ; semble avoir été goutteux.

Pas de renseignements sur les oncles, les tantes, les frères ni les sœurs.

Sur ses dix enfants, la plupart sont morts en bas âge; elle a une fille qui est morte à cinquante-deux ans, aliénée et placée dans un asile.

Elle-même a toujours été très nerveuse, mais sans avoir présenté de véritables attaques de nerfs.

Elle a éprouvé dans son existence de violents chagrins.

La malade ne peut dire au juste depuis quand elle a son tremblement ; d'ailleurs, sa mémoire diminue un peu depuis quelque temps.

Mme P... semble beaucoup moins âgée qu'elle ne l'est réellement et paraît être assez valide.

Pas de goître.

Pas d'exophthalmie.

La malade se plaint surtout de palpitations presque continuelles; les battements du cœur sont assez intenses; pas de souffle ; pas d'hypertrophie cardiaque.

Le pouls assez dépressible est régulier, il varie entre 90 et 120, jamais nous ne l'avons trouvé inférieur à 90 quoique nous

l'ayons compté à plusieurs reprises et alors que la malade était assise et tranquille depuis longtemps déjà.

Le tremblement est assez marqué aux membres supérieurs, nous ne l'avons pas constaté aux membres inférieurs; c'était un tremblement fin, nullement semblable au tremblement sénile, et présentant sur les tracés tous les caractères propres au tremblement de la maladie de Basedow.

Depuis une quinzaine d'années, la malade est en proie à des insomnies persistantes, devenant plus intenses par accès.

Sensation de chaleur subjective l'obligeant quelquefois à enlever ses vêtements. Température buccale 37°,2.

Pas de diarrhées, il y aurait plutôt une certaine tendance à la constipation.

Eczéma du conduit auditif externe empiétant sur la joue des deux côtés.

Observation XVI (Résumée).

Note sur un cas singulier de goître exophthalmique par M. Féréol. (*Soc. Méd. des Hôp.* 13 *Nov.* 1874).

Goître; développement du corps thyroïde surtout à droite. Exophtalmie. Palpitations.

En janvier 1874 (5 mois après que le goître eût été remarqué) le malade fut pris sans ictus apoplectique d'une violente céphalée avec vertiges, titubation, *tremblement*, défaut de coordination dans les mouvements, propulsion irrésistible vers la droite, et diminution de la force musculaire dans tout le côté droit; il avait de la diplopie dans certaines positions des yeux; il éprouvait des sensations de froid et de chaleur inégalement distribuées à la surface du tégument; parfois il lui semblait que la moitié droite de sa figure était en feu; et s'il buvait dans ces moments, le verre lui semblait brûlant dans la partie qui était en contact avec la moitié droite de la bouche.

Du reste, jamais de douleurs dans les membres, et notamment jamais de douleurs fulgurantes; mais une dysurie assez marquée.

En Juin 1874, ont apparu des vomissements répétés, tantôt alimentaires, tantôt bilieux qui ont duré jusqu'en Août et dont le malade rend responsable l'usage de la digitale.

Il y a du *tremblement général*, très remarqué dans le repos, et s'exagérant légèrement dans les mouvements; on constate aussi du tremblement fibrillaire dans les muscles des 4 membres, mais point à la figure ni dans la langue.

Il y a hyperalgésie très marquée dans tout le côté droit du corps, et de ce même côté diminution de la sensibilité thermique; exagération très prononcée de la sensibilité cutanée réflexe des deux côtés, mais principalement à droite.

M. Féréol se demande si les symptômes « d'ataxie cardio-vasculaire et les symptômes de parésie sont dus à deux maladies juxtaposées chez le même sujet. Existe-t-il une cachexie exophthalmique, et, à côté, une lésion des centres nerveux? Ces deux maladies sont-elles indépendantes l'une de l'autre? Ou bien sont-elles liées entre elles à titre de maladie initiale et de complication? et, dans ce cas, quelle est la maladie qui joue le rôle de complication?

Au contraire, les deux ordres de symptômes, ataxie vasculaire et parésie, sont-ils sous la dépendance d'une même cause? Et dans ce cas la cachexie exophthalmique a-t-elle entraîné des lésions dans les centres nerveux? Ou bien s'agit-il d'une lésion primitive des centres nerveux qui, entre autres symptômes, produirait la cachexie exophthalmique?

Enfin, s'il existe une lésion des centres nerveux, quel est le siège de cette lésion? Est-ce la moelle, le bulbe, le cervelet, la protubérance? Faut-il admettre des lésions multiples et disséminées? De quelle nature sont ces lésions? Faut-il les rapprocher de l'ordre des tumeurs, des ramollissements, des dilatations anévrysmatiques ou des scléroses? »

M. Beaumetz serait porté à rapporter la diplopie, le tremblement, l'incoordination, les vomissements, à une affection médullaire, à une sclérose en plaques, par exemple, que l'on pourrait rattacher avec le syndrome de Basedow, à un même trouble du grand sympathique.

M. Féréol. Je ne vois pas qu'il puisse être question ici d'une ataxie vraie..... Qu'une autre affection double le goître exophthalmique chez notre malade, cela est possible. Ce n'est pas, en tout cas, une affection du cerveau, ni du cervelet, rien ne peut y faire songer; ce sera si l'on veut une affection de la moelle,

mais alors une affection secondaire, par action réflexe peut-être. Je crois pouvoir me résumer en disant que la cachexie exophthalmique a produit secondairement, selon moi, des désordres dans la nutrition de la moelle.

Dans une communication plus récente (*Soc. Méd. des Hôp.*, 8 janvier 1875), M. Féréol informe la Société que son malade a quitté la maison de santé à peu près dans l'état où il y était entré. Le *tremblement a cependant notablement diminué*; la parésie du côté droit a persisté.

Quant à ce qui est d'une lésion du cerveau, bien loin de la nier, l'auteur pense au contraire qu'elle existe, et s'inscrit en faux contre l'idée contraire qui lui a été prêtée dans certains comptes rendus.

M. Féréol se demande si on a affaire à une lésion en foyer, à une dilatation anévrysmatique au niveau du sillon intermédiaire du bulbe et de la protubérance (sixième paire) ou au niveau des tubercules quadrijumeaux (quatrième paire), ou bien à une sclérose en plaques, à cause du tremblement et des troubles de la sensibilité.

« En dernière analyse, dit-il, c'est donc entre ces deux hypothèses que je circonscris le diagnostic : ou bien une cachexie exophthalmique ayant déterminé dans le voisinage de la protubérance et du bulbe, et ailleurs encore dans le cerveau, des lésions (sclérose ou dilatations anévrysmales) qui causent secondairement les phénomènes paralytiques, ou bien une lésion primitive du cerveau siégeant aux mêmes points et produisant, outre les phénomènes paralytiques, le complexus morbide de la maladie de Graves. »

Observation XVII (Résumée).

Observation d'une malade présentée par M. Delasiauve (*Soc. Méd. des Hôp.* — 27 nov. 1874).

Femme de 26 ans, réglée seulement à 20 ans et très rarement depuis. Vie aventureuse. Caractère difficile. Après avoir passé par plusieurs hôpitaux, elle est envoyée à la Salpêtrière par la Préfecture de police.

Goître. Exophthalmie. Palpitations.

« Crises convulsives fréquentes (accès et vertiges), d'abord 10, puis seulement 3 par mois en moyenne, pendant lesquelles elle se fait des plaies à la face et des morsures à la langue; souvent l'esprit perd son équilibre, elle subit d'étranges fascinations, et est dominée par des impulsions dont on redoute les conséquences.

« A cela s'est joint un ébranlement émotif tout particulier, physique et moral à la fois; la physionomie est égarée, anxieuse, *trémulante;* tout le corps participe à ce *petit tremblement*, sensible surtout aux extrémités supérieures, et s'exagérant aux moindres contrariétés. L'attitude et la marche dénotent un équilibre douteux. Le pouls, enfin, s'accélère facilement; par moments, la malade suffoque, elle se plaint de palpitations. L'oreille perçoit des battements assez forts et un faible bruit de souffle.

« Quant au moral, son mouvement choréique, si je puis ainsi dire, va à l'unisson. Les jours de calme parfait sont rares. A part de temps à autre des visions sinistres, des idées de mort et de ruine, l'apparition de spectres hideux, elle se nourrit d'inquiétudes, d'alarmes, de présages fâcheux ; elle se croit en butte à la malveillance et à l'insulte. Un mot insignifiant la bouleverse; elle récrimine, pleure, exhale ses plaintes avec amertume, et incline aux déterminations extrêmes. »

La malade présentait de plus des plaques de vitiligo sur les parties de la peau soumises à différentes pressions.

Observation XVIII (Résumée).

Chvostek. — *Weitere Beitræge zür Pathologie und Therapie der Basedow schen Krankheit.* (*Wiener med. Presse*, 1870, n°s 38, 39, 40, 42)

Lieutenant de 23 ans. — Père, maladie de cœur, mort avec hémiplégie et aphasie et gangrène d'une jambe; mère un peu nerveuse. — Attrape la vérole en février 1874. En avril roséole. Traitement mercuriel efficace. Le 20 janvier 1875 fort excès alcoolique à la suite duquel le « *katzenjammer*, mal aux cheveux » ne disparaît pas, il reste abattu et les yeux fixes. Le

1er février, palpitations, puis amaigrissement, fatigue générale, *vomissements* fréquents, pouls 110-120. Les yeux deviennent saillants, battements des vaisseaux du cou, légère augmentation du corps thyroïde. *Tremblement* des extrémités supérieures et inférieures à la moindre excitation, ainsi que des muscles de la face. — Traitement par courants galvaniques sur le sympathique cervical et la colonne vertébrale, amélioration considérable. — L'iodure de potassium détermina chez lui un accès de cardialgie atroce avec vomissements dans lesquels se trouvaient des taches de sang.

Observation XIX (Résumée).

Chvostek (*Loc. cit.*, p. 907.)

Lieutenant de 22 ans, *syphilitique* (psoriasis palmaire et ulcérations dans la gorge). *Pendant le traitement par l'iodure de potassium*, s'aperçoit qu'un léger goître qu'il avait précédemment augmentait très rapidement ; en même temps, sensation de tension dans les yeux, sueurs intenses et palpitations. Excitabilité psychique développée, et, à la moindre excitation, *tremblement des mains et des pieds* ; proéminence des yeux.

Le malade dit qu'il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille, et que, dans les derniers temps avant sa maladie, il n'a été exposé à aucune émotion extraordinaire. La galvanisation a amené une amélioration considérable.

Chvostek se demande si, dans ces deux cas, il faut attribuer la maladie de Basedow directement à la syphilis, ou si cette dernière n'amène pas la maladie de Basedow par la dépression qu'elle exerce sur l'organisme, devenu ainsi moins apte à résister aux influences morbides ; en faveur de cette dernière opinion, il fait remarquer que le goître s'est développé pendant le traitement spécifique, que la maladie de Basedow a rétrocédé sous l'influence de la galvanisation, tandis que la syphilis restait au même point.

CONCLUSIONS

I. — Le *tremblement* est un symptôme très fréquent et probablement constant de la maladie de Basedow.

II. — Le tremblement de la maladie de Basedow a des caractères particuliers qui permettent de le distinguer facilement d'un certain nombre d'autres tremblements.

III. — La présence isolée ou simultanée de l'exophthalmie et du goître n'est nullement nécessaire pour caractériser la maladie de Basedow.

IV. — Chaque fois que, chez un malade, on constate une tachycardie *permanente* et le tremblement ci-dessus décrit, sans augmentation notable de la température, il faut penser à la maladie de Basedow ; — le diagnostic sera d'ailleurs confirmé par l'existence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : diarrhée paroxystique ; — sueurs généralisées ou localisées ; — boulimie ; — insomnie ; — toux quinteuse, sans expectoration ni signes physiques.

V. — La maladie de Basedow avec goître et exophthalmie n'est pas très rare, les formes frustes sont très fréquentes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction. . . . . .

Chapitre I. — Tremblement . . . . . .

Chapitre II. — Sur quelques autres symptômes de la maladie de Basedow. 29

Chapitre III. — Observations. 55

Conclusions 87

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.